



confcap-capdroits.org

AXE 1 : Les représentation de l'autonomie de vie

Atelier 1.1 : Autonomie et hétéronomie

Théophile Duchêne, Anouk Laîné, Rindala El Ayoubi¹

Le recueil de la parole comme reconnaissance de l'autonomie : le cas des audiences dans les soins sans consentement

Introduction.

Le Projet Judhospi est une étude sociologique et philosophique sur le rapport que les patients hospitalisés sans leur consentement entretiennent avec leurs propres droits. Dans ce cadre, nous avons assisté à nombre d'audiences au sein de l'hôpital du Vinatier depuis décembre 2019. Pourquoi, les mardi et vendredi matin, des juges, avocats, greffiers et interprètes se rendent-ils dans un centre hospitalier ? Que signifie cette irruption du juridique dans le médical ? Il s'agit des audiences avec les Juges des Libertés et des Détentions (JLD), à destination des patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie. Depuis 2011 en effet, la loi stipule que toute personne hospitalisée en psychiatrie sans avoir donné son consentement fait obligatoirement l'objet d'une procédure de contrôle. Initialement effectué sous 15 jours maximum, le délai de ce contrôle a été réduit à 12 jours deux ans plus tard, 12 jours au terme desquels les patients ont le droit de rencontrer un juge qui contrôle la procédure d'internement (leur dossier doit de toute façon être vu par un juge). Il s'agit de vérifier que tout a été fait conformément à la loi : certificat médical d'admission à l'hôpital ; certificats des 24 heures et des 72 heures ; enfin avis médical avant audience : tous doivent

¹ Cette analyse est proposée par Rindala El Ayoubi, Théophile Duchêne et Anouk Laîné dans le cadre du projet de recherche Judhospi, qui est co-porté par Anne Parriaud-Martin, chef de service, et Benoît Eyraud, enseignant-chercheur à l'université Lyon2, dans le cadre d'une collaboration entre l'Université Lyon 2 et l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Il s'agit d'une première étape d'analyse des observations menées et non pas de résultats finalisés.

avoir été rédigés par des médecins différents, portant le nombre total d'appréciations différentes à 3. Le cadre de ces audiences lui-même est tout particulier, puisque la loi prévoit que l'audience ait lieu à l'hôpital, pour perturber le moins possible les patients. Il y a donc irruption physique du contrôle judiciaire dans l'enceinte de l'hôpital.

Entre formalité juridique et reconnaissance des droits inaliénables du sujet de droit (ici, la liberté d'aller et de venir, garantie par l'art.66 de la Constitution), ces audiences posent la question de l'autonomie de la personne marginalisée et diminuée au sein de l'hôpital psychiatrique.

Dans un premier temps de notre exposé, nous tâcherons d'expliquer en quoi le soin sans consentement peut être décrit comme une situation d'hétéronomie que vient parachever l'audience judiciaire. Nous essayerons ensuite de montrer comment, bien que le soin lui-même soit contraint, chacun des acteurs de l'audience tente de redonner son autonomie au patient. Nous tenterons enfin de déterminer si ces acteurs participent à une reconnaissance performative de l'autonomie du patient, ou bien si celle-ci n'est qu'une autonomie symbolique, nécessaire pour l'accomplissement du "rituel" judiciaire. Dans le cadre de cette troisième partie, nous évoquerons également la difficulté d'appréhender le patient médicalisé en psychiatrie pour une enquête de terrain.

1) Le soin sans consentement : une situation d'hétéronomie.

1° Définitions liminaires.

Dire que ces audiences permettent de reconnaître l'autonomie d'un sujet nécessite déjà de définir ce que nous entendons par autonomie et par hétéronomie.

L'autonomie, liminairement, c'est l'état d'un sujet quand il est capable de subvenir à ses besoins et de prendre des décisions de manière éclairée. Dit vulgairement, il est capable de se « débrouiller tout seul ». L'hétéronomie, au contraire, ce serait l'état inverse, l'état du sujet face à celui qui s'occupe de lui et qui est nécessaire à sa survie.

Par exemple : un enfant en bas âge est dans une situation d'hétéronomie envers ses parents, qui peuvent lui fournir la nourriture dont il a besoin. On retrouve souvent cette situation dans le soin, avec par exemple un patient atteint d'Alzheimer, qui a besoin d'un accompagnateur dans ses sorties pour ne pas se perdre, quitte à ce que sa liberté de déplacement soit restreinte.

2° En quoi y a-t-il perte d'autonomie dans le soin sans consentement ?

Les patients dans les soins sans consentement sont également un exemple paradigmatique de la perte d'autonomie, comme le rappelle de fait le nom de cette mesure : "sans consentement" ou encore "hospitalisation sous contrainte". On pourrait dire qu'elle est 1) observable *de facto* : la personne hospitalisée sans son consentement est par définition dans un état où elle ne peut de prime abord prendre la décision de se rendre à l'hôpital. Elle perd donc son autonomie au sens de sa liberté de choix. Mais c'est également 2) un jugement qui est émis par un tiers : si la personne ne se rend pas d'elle-même à l'hôpital, c'est qu'elle ne voit pas son état comme les gens extérieurs le voient. En conséquence, on lui retire la possibilité de choisir d'elle-même, et on considère que son avis (contraire à

l'hospitalisation) n'est pas valable, pas fiable, pas suffisamment éclairé. Dans certains cas, on rentre en outre dans un système de cercle vicieux où, pour citer l'un des avocats que nous avons interviewé, "plus la personne crie qu'elle est saine, moins on la croira". Enfin, c'est 3) une hétéronomie créée une fois dans la structure de l'hôpital.

On observe en effet une perte d'autonomie à toutes les phases du soin sans consentement. On peut dire que la 1^{ère} étape est l'acheminement à l'hôpital. Elle peut d'abord être choisie : un patient va aux urgences, pour obtenir de l'aide, sans penser que son état nécessitera une hospitalisation qu'il ne souhaite pas. Mais elle peut également être demandée par son médecin, un tiers ou un représentant de l'Etat, qui appellera les secours, qui amèneront le patient jusqu'à l'hôpital. Dans tous les cas, ce moment est décrit comme inquiétant, comme une prise au piège. Une patiente disait, lors de son audience avec la JLD en 2020, qu'elle avait été « arrêtée par la Gestapo » et que ses médecins étaient « comme des nazis ». Elle utilisait bien ces termes comme des comparaisons et non comme si elle pensait sincèrement avoir rencontré des nazis ou la Gestapo, ce qui tiendrait alors du délire. Ici, c'est le partage non d'une croyance mais d'un sentiment face aux événements. Elle a donc vécu son hospitalisation sans consentement comme une perte de liberté barbare et se voyait comme une victime. Au-delà de ce sentiment d'être piégé, beaucoup de patients, même s'ils adhèrent aux soins qui leurs sont prodigués, restent visiblement et durablement affectés par le moment de leur "arrestation" et leur cheminement forcé vers l'hôpital. Un jeune patient d'une trentaine d'années, montrant les traces de coups et les blessures provoquées par une altercation avec des aides-soignants, disait à la juge *« ça ressemble plus à une torture d'animal qu'à une hospitalisation d'humain [...] j'ai bien compris ce que vous dites, mais moi, ce que je veux juste savoir, c'est pourquoi je vois débarquer des flics armés jusqu'aux dents chez moi à 4 heures du matin. »*

Une fois à l'hôpital, la plupart des activités ou des soins ne sont pas choisis par le patient lui-même. En effet, lorsqu'un nouveau patient arrive en psychiatrie, notamment après un état de forte crise, il est souvent laissé à l'isolement quelque temps ou, en tout cas, "protégé" des stimulations extérieures en restant relativement enfermé et privé d'activités ou de loisirs. En outre, les patients qui sont réhospitalisés suite à une décompensation sont souvent des patients qui étaient en arrêt de traitements. Lorsqu'on leur laissait le choix, ils ne prenaient plus leurs médicaments. Ils sont cette fois contraints de le faire. La contrainte peut d'ailleurs être physique (isolement, contention ...). Ces procédés, même s'ils ne sont jamais effectués *"de gaîté de coeur"* par l'équipe médicale, nous dit un ex-soignant en entretien, n'en restent pas moins parfois traumatisants pour les patients. De plus, les individus que nous rencontrons lors des audiences sont déjà depuis plusieurs jours sous les nouveaux traitements (ou traitements récemment repris) et cela peut se manifester de manière très claire : difficultés à articuler, à comprendre, à marcher, à trouver où s'asseoir ... Un exemple parlant en 2021 est celui de Madame T. dont le traitement a été modifié au cours de son hospitalisation. C'est son avocate qui porte sa demande, car celle-ci est plutôt silencieuse. L'avocate s'exprime ainsi : « Elle aimerait être informée quand son traitement est modifié par le médecin ». On voit ici une perte d'autonomie qui va jusqu'à la désinformation : la patiente ne sait pas à l'avance ce qui va lui être administré, et son monde semble changer sans qu'elle ne soit consultée ni même prévenue. Elle perd donc toute maîtrise sur son propre traitement. On peut dire que l'hétéronomie passe ici par un état d'ignorance. Une autre femme en audience demandait que son traitement soit modifié car il la rendait "légume".

3° L'audience judiciaire comme moment charnière de la perte d'autonomie.

L'audience judiciaire, c'est le moment, généralement autour du 8^e ou 9^e jour d'hospitalisation, où le patient qui a été contraint de suivre des soins rencontre un juge afin

que celui-ci vérifie la régularité de la procédure, c'est-à-dire sa conformité avec la loi. L'audience est décrite par Monsieur C, ex soignant, comme "*moment charnière*", car "*il s'agit d'une épreuve pour le patient*", il a à "*surmonter*" quelque chose. Se trouver face à un juge c'est, pour un patient, être immédiatement confronté au monde civil, c'est sortir du cadre du soin pur pour entrer dans celui de la justice, c'est donc aussi osciller entre un statut de patient et un statut de justiciable (c'est-à-dire quelqu'un qui a affaire avec la justice). Or, ce moment est caractérisé par la cristallisation de différents enjeux et différents objectifs : à un objectif d'expression et de recueil de la parole du patient, on oppose une situation de vulnérabilité renforcée par un effet de "camisole chimique" (les médicaments proposés sont souvent lourds, les patients parfois incapables de s'exprimer). Il s'agit d'abord d'une situation où le patient se trouve soumis au mode opératoire de la justice : exigence de rentabilité, mode dialogique interrogatoire. Il est pris dans un processus qui le dépasse complètement, une nouvelle fois. Il doit répondre aux questions, le temps qui lui est laissé pour s'exprimer sur ce qu'il souhaite est limité, et il n'est pas rare qu'il se fasse interrompre ou remettre "sur le droit chemin" par un magistrat qui estime qu'il n'est pas son psychiatre.

Ce moment est souvent mal compris ou mal interprété par les patients : voir un juge, c'est dans l'opinion courante s'être rendu coupable *de*. De plus, certains magistrats dissimulent mal leur mépris ou leur rire face à des patients paranoïaques, par exemple. A un patient qui se pense persécuté par la police, le juge évacue d'un geste de la main, répond, agacé : "*c'est ça, c'est ça.*" Aussi, le cadre dans lequel le patient peut s'exprimer est susceptible de varier grandement en fonction de la personnalité et du degré de bienveillance du juge. Mais c'est parfois aussi des avocats que viennent les maladresses : alors que l'audience est sujette aux projections utopiques et aux faux espoirs pour un patient qui voudrait sortir, une avocate lance un jour en riant au moment de sa plaidoirie : "*alors j'ai cherché, j'ai cherché...hélas, je n'ai rien trouvé !*" pour expliquer qu'elle ne relève aucun vice de procédure. La tournure de cette phrase et le ton rieur sur lequel elle était prononcée prend visiblement assez peu en compte l'état d'un patient qui ne désire peut-être pas qu'on rie de son impossibilité de sortir.

De manière plus générale, il semble parfois y avoir confusion entre audience pénale et audience de soin sans consentement. Les magistrats sont habitués à un raisonnement qui prend la forme d'un syllogisme : "vous vous êtes rendu coupable de" + "la loi prévoit pour une telle infraction que" = "vous écoutez d'une peine de tant". Or ici, il n'y a aucun raisonnement de ce type à produire. Pourtant, certains magistrats continuent de prendre les certificats médicaux pour des motifs d'incarcération (d'hospitalisation) : les lire relèverait donc de la pure logique, car il faudrait faire comprendre au patient pourquoi il est là. En entretien, une magistrate me dit : "*Je peux pas arriver en disant 'ça va, vous mangez bien ?' ; 'Non ?' ; 'Ok, au revoir'. Je me prends pas pour le psy...*". Pour cette magistrate, lire les certificats revient à respecter les droits du patient, à lui expliquer pourquoi il se trouve dans cette situation. Malheureusement, rappeler aux patients les circonstances de leur arrivée à l'hôpital peut souvent réveiller un ou plusieurs traumatismes. Conjugué au sentiment qu'ont déjà les patients d'être enfermés, voire prisonniers (un patient parle de son "incarcération" et demande à être "libéré"), cette confusion entre le pénal et le médical entraîne donc d'autant plus une perte d'autonomie. Son symbole est aussi, bien souvent, les rires non contenus qui éclatent carrément à la fin des audiences : un membre du personnel administratif de l'hôpital, qui assiste aux audiences, lance un jour : "*ils étaient bons, aujourd'hui ! ils étaient drôles !*"

Est-ce à dire qu'il n'y a plus aucune place pour l'autonomie ? L'hétéronomie est-elle totale ? Si tel était le cas, à quoi bon encore parler de droits, et pourquoi solliciter la présence du patient lors des audiences avec le JLD, si ce n'est pour jouer la mascarade ?

2) En quoi les acteurs de l'audience rendent-ils une autonomie au justiciable en tant qu'il est un sujet de droit et pas seulement un patient sous contrainte ?

1° Le cadre légal.

Malgré ces confusions passagères de la part des personnels de la justice ; ainsi que le cadre contraint dans lequel évolue le patient (que ce soit le cadre de l'hospitalisation contrainte ou le cadre contraignant de l'audience), celle-ci avait initialement été pensée pour permettre au patient hospitalisé sans son consentement de bénéficier, au même titre que les détenus, d'une vérification légale des conditions de son enfermement. Considérant en effet que l'hospitalisation contrainte relevait, à l'instar de la détention provisoire par exemple, d'une privation de la liberté d'aller et de venir (garantie par l'article 66 de notre Constitution), le législateur a voulu exercer un contrôle sur l'activité des hôpitaux psychiatriques. Il a cependant été précisé par le législateur que le contrôle qu'exerce le juge ne relève en aucun cas d'un contrôle sur l'état du patient au moment de l'audience. Ce contrôle ne vise que la régularité de la procédure, c'est-à-dire surtout la présence et le contenu des certificats médicaux. En aucun cas, donc, le juge ne peut se substituer à l'avis médical. Le contrôle est donc double : le juge intervient comme "*garde-fou*", il vient contrôler les irrégularités potentielles dans la procédure et éviter des enfermements abusifs ou aléatoires. De l'autre côté, les certificats rédigés par les médecins servent de base au contrôle du juge, qui n'a pas à apprécier l'état physique ou mental du patient qui se trouve devant lui.

Nous pouvons alors nous demander, pour chaque acteur, comment son travail vise (ou non) à rendre une forme d'autonomie ou à respecter l'autonomie possible du patient en tant que sujet de droit et en tant qu'être humain. C'est ici les caractéristiques de l'audience comme rituel visant à donner ou à redonner au patient son autonomie que nous souhaitons décrire et interroger.

2° Typologie des modes dialogiques d'interaction.

On pourrait distinguer dans l'audience plusieurs modes dialogiques d'interaction, c'est-à-dire plusieurs cas de figure différents d'interaction entre le JLD et le patient.

1^{er} cas de figure : Le ou la juge met l'accent sur l'utilité et la fonction de cette audience. Le juge présente son rôle, parfois résumé par l'expression « Contrôle de ce que fait l'hôpital ». L'accent est mis sur le fait qu'il s'agisse d'un contrôle des procédures et non pas des diagnostics. Cela sert donc à éviter les faux espoirs du côté du patient, qui pourrait vouloir contredire l'avis des médecins.

2^{ème} cas de figure : Le ou la juge met l'accent sur la présentation du patient. Il rappelle son état civil, son dossier médical, etc. On peut voir cela comme une reconnaissance du fait d'être un sujet de droit : c'est ce qui se passe dans les tribunaux, y compris avec des sujets de droit qui ne sont pas en situation d'hétéronomie.

On a ici deux façons de reconnaître l'autonomie : dans le premier cas, on mise sur la capacité de compréhension du sujet. Dans le deuxième cas, on met au centre du discours son statut de sujet de droit. De plus, les acteurs eux-mêmes de cette audience voient dans leur travail tout un travail de reconnaissance de cette autonomie. En effet, au-delà de nos interprétations, comment les juges, avocats et autres acteurs pensent-ils leur travail ? Ont-ils

la volonté de rétablir cette autonomie, ou est-ce avant tout un acte symbolique ? Ainsi, y a-t-il une vertu thérapeutique à cette procédure ? Voici ce qu'on peut relever de nos entretiens :

3° La place du JLD (Juge des Libertés et de la Détention).

Commençons par le juge des libertés et des détentions. Le JLD est l'acteur central de ce rituel puisque c'est lui qui distribue la parole et répartit le temps entre chacun des acteurs. Le rituel ne commence que quand il l'a décidé et se termine aussi avec ses mots. Après plusieurs mois d'observation, nous sommes parvenus à dresser une typologie des rituels mis en place par les juges. En effet, leurs prises de parole ainsi que leur distribution de la parole à d'autres acteurs fait l'objet d'un rituel bien calibré et répétitif, qui suit généralement le schéma suivant :

i° Le JLD se présente : *“Je suis le juge des libertés”* → il évite, la plupart du temps, de mentionner l'intégralité de son nom (juge des libertés et de la détention), dans un souci de protection du patient, afin de ne pas le choquer, lui faire peur. Il continue souvent ainsi : *“Je suis là parce que la loi dit que quand on est hospitalisé comme vous, donc sans avoir donné son consentement, un juge doit venir vérifier au bout de 12 jours maximum si tout a été correctement fait. C'est un contrôle de ce que fait l'hôpital.”*

ii° Le JLD donne la parole au patient : *“Avant que je donne la parole à votre avocat / conseil, y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez dire ?”*

iii° Le patient prend la parole (la plupart du temps).

iv° Le JLD reprend la parole et informe le patient qu'il va désormais la donner à son avocat.

v° L'avocat prend la parole.

vi° Le JLD reprend la parole et demande au patient s'il souhaite ajouter quelque chose.

vii° Le patient la reprend ou non.

viii° Le JLD reprend la parole définitivement et annonce soit la poursuite de la mesure, soit qu'il mettra l'audience en délibéré et rendra sa décision dans l'après-midi.

Nous précisons que si un tel schéma est le plus souvent respecté, rien ne contraint les juges à le suivre. De facto, c'est ce qu'on observe souvent au Vinatier, mais d'autres schémas peuvent aussi se rencontrer, comme par exemple n'entendre qu'une seule fois le patient. De plus, en 2020, et du fait d'une longue grève des avocats, les patients se présentaient seuls devant les juges. Ainsi, ils n'avaient qu'une seule fois l'occasion de parler d'eux-mêmes, et leur parole n'était pas non plus relayée par quelqu'un d'autre.

De la présentation initiale des JLD qui évitent de mentionner *“détention”* à la fin de l'audience, tout est généralement accompli avec une grande bienveillance. Les JLD veillent à écouter le patient au moins pendant quelques minutes. Ils proposent la plupart du temps de leur redonner la parole après que l'avocat s'est exprimé. Enfin, ils font l'effort de parler doucement, articulent, prennent le temps d'expliquer la procédure au patient ainsi que les suites de leur décision. Une magistrate termine par exemple toujours en disant : *“Je vais vous remettre une ordonnance, vous pourrez la lire tranquillement dans votre chambre, et vous n'aurez pas de mauvaise surprise : c'est une copie de ma décision.”* Sachant par expérience que leur rôle est ambigu, ils prennent soin de ne pas décevoir trop brutalement les attentes du patient. Il y a donc un effort de prise en compte des demandes du patient, même lorsque celles-ci excèdent le cadre purement légal. En audience, récemment, Monsieur A. demande au JLD s'il peut se promener dans le parc. A cette demande, qui

relève de l'expression d'un désir et donc de son autonomie, le JLD répond qu'il ne peut rien faire. Pareillement, aux (fréquentes) demandes sur le jour de la sortie, ils répondent qu'il faut en parler au médecin. A une remarque sur la qualité de la nourriture, ils expliquent ne rien pouvoir y faire. Quand les certificats notent une amélioration, ils n'oublient pas de le faire remarquer au patient, et d'expliquer que si cet état d'amélioration continue, il ou elle pourra probablement sortir bientôt. Que ce soit pour les rassurer ou leur montrer que leurs demandes sont prises en compte, ce mode d'action relève bien d'une tentative de redonner au patient une autonomie dans la prise de parole et la formulation d'exigences.

Beaucoup de magistrats expliquent avoir un rôle pratiquement "social" pendant les audiences. A la différence du pénal, où ils sont dans une position de supériorité et de défiance vis-à-vis de l'accusé, leur rôle dans cette procédure toute spécifique se cantonne pour beaucoup à l'écoute. Car les JLD ne sont pas dupes : auditionner le patient relève plus du symbole que de la nécessité (sur le plan juridique). Alors, tant qu'ils y sont, *"autant qu'ils parlent, qu'on prenne note"*, nous dit une magistrate en entretien. Elle ajoute à propos des audiences : *"ça s'est jamais mal passé, l'ambiance est chouette."* ; *"On est dans une position de protection, on n'est pas dans une logique de sanction, pas du tout, ça valorise, ça fait plaisir"*. *"C'est aussi des audiences que j'aime bien, parce que vous avez un contact et tout ça."* Un autre dit, à propos des patients : *"je préfère leur tendre le micro de manière ouverte."* Les JLD essaient donc, dans la mesure du possible, de ne pas perturber le patient. C'est ce qu'explique un magistrat proche de la retraite : *"par contre, je fais le choix de ne pas poser de question sur les symptômes médicaux parce que...mon expérience me dit que ça peut fortement perturber le patient. Si, en tant que magistrat, vous vous amusez à dire "Alors, le médecin a dit que vous aviez des éléments délirants euh...nanani-nanana, vous faites ci, vous faite ça, vous vous masturbez euh...en pleine chambre devant les patients, vous hurlez en insultant la terre entière, alors parlez-nous de vos symptômes, pourquoi vous faites ça ?" Vous risquez d'avoir des réactions épidermiques. Donc moi, je m'abstiens. Et puis de toute façon, ça sert à rien, parce que vous avez aucun moyen de remettre en cause ce que vous disent les médecins."*

Rendre son autonomie au patient, c'est donc ici d'abord éviter de le perturber, de le mettre dans une situation où, justement, la réaction provoquée risquerait de lui faire perdre cette autonomie. C'est ensuite le considérer comme un justiciable, un sujet de droit, à qui il est normal qu'on ait notifié ses droits par exemple, et qui peut s'exprimer pendant l'audience. C'est enfin aborder les choses avec une certaine délicatesse : le patient est en situation de vulnérabilité : il va donc s'agir de le traiter comme tel, en essayant de trouver le juste milieu entre la prise en compte de son autonomie et la prise en compte des risques liés à sa pathologie.

4° La place de l'avocat.

L'avocat occupe également une place importante. En effet, c'est lui qui doit soulever les éventuels vices de procédures que l'on a évoqués plus haut. Il lui appartient donc d'effectuer une analyse minutieuse du dossier afin de faire d'éventuels repérages, de les présenter au JLD et de demander alors la mainlevée de la mesure. Le travail de l'avocat, pour être bien fait, exige une certaine rigueur et une bonne connaissance des codes. C'est *in fine* sur lui que repose la possibilité pour un patient auquel il aurait été fait grief d'être reconnu comme tel et de sortir de l'hôpital. Son importance est donc considérable.

De plus, il est celui qui voit en premier le patient. Il le rencontre avant l'audience, dans l'unité du patient la plupart du temps (hormis pour les patients-détenus, qui sont amenés sur place directement). Cet échange qui dure de 10 à 15 minutes est un face-à-face entre le patient et son conseil, sans personne d'autre. L'avocat demande au patient comment se passe l'hospitalisation, et précise qu'il fera passer toute demande ou tout message au JLD. Un avocat, répondant à une question sur son rôle dans cette procédure,

nous explique : *“On doit venir avant l'audience pour s'entretenir avec le patient et lors de l'audience, reporter les souhaits du patient, qui ne sont pas forcément en adéquation avec son dossier médical. Mais nous le but, même si les médecins précisent que le patient doit poursuivre ses soins, et que c'est nécessaire qu'il soit de nouveau hospitalisé, on doit se reporter aux soins du patient. Voilà pour notre rôle, parce qu'on est la parole du patient.”*

La rencontre consiste donc en un échange relativement bref, où l'avocat se charge aussi d'expliquer la procédure au patient : le même avocat nous dit : *“Ah nan, on est obligé de leur expliquer, forcément, parce que dans l'esprit de chacun, lorsqu'on voit un juge, on pense qu'on a commis des délits ou des infractions. Donc on est là dans un premier temps pour les rassurer, c'est ce que je leur dis au début de l'entretien, c'est “vous allez voir un juge, ce n'est pas parce que vous avez fait des bêtises, hein.” On essaye d'avoir un vocabulaire assez euh...assez familier, pour que le message soit passé. On leur dit : “Le juge est là pour vérifier que vos droits et obligations ont été respectés. C'est pour vous, c'est pas vous.”*”

Là aussi donc, une certaine délicatesse s'impose. Sur le plan formel, les avocats ne portent pas la robe : *“c'est simplement pour ne pas frustrer le patient.”* Les échanges verbaux prennent une forme simple, et les avocats font attention à utiliser les bons mots : *“Mais la difficulté de trouver les mots, d'essayer de ne pas être trop brutal, d'essayer de faire comprendre les choses, de dire voilà...on ne dit pas “est ce que vous êtes malade ?”, mais “quelle est votre pathologie ?” ni “Est-ce que vous allez mal ?”, mais “Est-ce que vous vous sentez bien ?”. Toute une terminologie, une sémantique qu'on va utiliser...”*

Pendant l'audience, l'avocat est assis à côté de son client. C'est lui qui, lorsque le JLD ne comprend pas ce que dit le patient, fait répéter ce dernier, se charge de transmettre le message au juge. A la fin des audiences, très souvent, l'avocat fait ce geste de se pencher vers le patient pour lui réexpliquer ce qui va se passer ensuite : *“ça c'est l'ordonnance, oui, c'est pour vous.”* Certains avocats ont aussi l'habitude de raccompagner le patient jusqu'à la salle d'attente après l'audience. Une avocate nous dit que c'est un moment de débriefing, qui permet aussi de recueillir la parole et le sentiment du patient sur ce qui vient de se passer.

Si l'avocat rapporte les souhaits du patient tel qu'il les a formulés lors de leur entretien, que dire de ce recueil de la parole ? Il s'agit ici d'un recueil médiatisé. C'est bien ce qu'a dit le patient, mais présenté autrement. En effet, l'avocat détient “les codes”, c'est-à-dire qu'il sait s'exprimer de manière adaptée à une audience. De plus, là où certains patients peuvent se présenter dans des tenues négligées ou en pyjama d'hôpital, l'avocat se présente toujours en tenue de ville assez soignée. Ainsi, même s'il ne porte pas la robe, il porte une parole qui peut être méprisée avec des codes davantage respectés dans la société. Il rapporte les souhaits du client même quand cela n'est pas du tout du ressort du juge. En d'autres termes, il porte une demande qui sera stérile, en le sachant pertinemment, mais dans une démarche de respect de sa parole. Le patient obtient rarement ce qu'il désire (une mainlevée ou le droit de sortir se promener dans les jardins), mais il a la liberté d'exprimer son souhait. A l'inverse du droit de garder le silence, ici, le sujet de droit est reconnu dans toute sa dignité car il peut se faire entendre. Sa parole sera de toute façon recueillie. Mais n'est-ce pas là purement symbolique, puisqu'il ne s'agit pas de traiter sa demande, si celle-ci porte sur autre chose que ce que peut décider le juge ? C'est ce que nous analyserons plus tard.

5° La place du greffier.

Le greffier, enfin, quoique moins visible dans la procédure car il n'intervient pas oralement, occupe une place importante car c'est lui qui recueille physiquement la parole du patient en prenant note des échanges qui ont lieu pendant l'audience. Que cette personne

soit présente pour effectuer une sorte d'enregistrement de sa parole compte donc aussi pour beaucoup sur le plan symbolique.

6° La place du représentant de l'hôpital.

Cette personne remplit un rôle administratif, et est essentielle pour faire le lien entre l'hôpital et le juge. C'est elle qui glisse de temps en temps des remarques sur la forme, précise le sens d'une procédure, l'historique d'un patient. Au Vinatier, il s'agit d'une ancienne soignante, qui aide ainsi le juge à comprendre les termes médicaux complexes. Elle est donc au premier rang de ce qui peut parfois devenir une collision entre le médical et le judiciaire. En effet, les juges peuvent commettre des erreurs et des indécidables dans leur prise de contact avec le patient. En 2020, Monsieur S. est un patient persuadé d'être déjà mort quatre fois. Le juge lui pose des questions sur les circonstances de ce qu'il croit être ses morts passées, et essaie de lui prouver qu'il ne peut être véritablement décédé (puisque, remarque le juge, il est en présence de personnes vivantes). Ce type de réactions face à un délire psychotique peut être dangereux, car il peut conforter le patient dans le bien-fondé et la validité de sa croyance, à laquelle il n'est pas encore en état psychique de se défaire. On observe à ce moment-là un regard inquiet de la représentante de l'hôpital, consciente que cette bienveillance de la part du juge qui veut écouter le patient et le faire se sentir écouté, est en même temps une erreur thérapeutique, comme si la reconnaissance d'autrui devenait ici un danger pour autrui.

La variabilité des formes que sont susceptibles de prendre les échanges (de l'échange contraint, qui suit la forme d'un interrogatoire au pénal : "vous vous appelez untel ? oui ; vous êtes bien né le tant ? oui ; comment se passe votre hospitalisation ?" avec coupures si le patient parle "trop" ; à l'échange plus libre ; en passant par le potentiel "débordement" du patient hors du simple schéma de question-réponse, lorsqu'il outrepassse le cadre qui lui est imposé par le juge en parlant d'autre chose, en explicitant un problème qui représente peu d'intérêt pour l'audience etc...) nous invite à nous interroger sur les limites de l'audience comme procédé visant à consacrer le patient dans son autonomie.

3) Les limites de ce procédé : l'audience comme rituel symbolique ?

1° Différentes variables qui attestent d'un décalage entre la présence effective du patient et l'utilité procédurale de celle-ci.

Il existe un problème qui montre les limites d'une telle démarche. L'audience ne correspond pas à ce qui intéresse le patient (à savoir, la plupart du temps, sa date de sortie). La question du jour de la sortie revient en effet à de très nombreuses reprises pendant les audiences. Nous ne l'avons pas quantifiée, mais presque tous les patients la posent. Or, inexorablement, la réponse des JLD reste la même : *"Pour ça, il faut voir avec le médecin"*. Certains JLD anticipent même carrément la demande, précisant à la fin de la rencontre au patient que : *"Je ne suis pas médecin, je ne peux donc pas vous donner d'indication sur votre date de sortie. Il faudra en parler avec votre médecin."* Parfois, le patient ne comprend pas ce qu'il fait là, et n'était pas au courant qu'il viendrait. Ce décalage entre les attentes du patient plus ou moins bien informé sur les effets de la rencontre avec le juge et la marge de manœuvre effective de ce dernier ; ainsi que la facultativité de la présence du patient à

l'audience (qu'ont prouvée les pratiques dues à la crise sanitaire) nous amènent à nous interroger sur la dimension purement formelle de ce rituel.

Certaines fois, le patient ne peut se présenter, pour cause de fugue, de contre-indication médicale ou encore de décision personnelle. Le dossier est tout de même traité. La présence du patient n'est donc pas nécessaire mais purement formelle. Quelque chose se joue ici autour du symbole. (Une juge dit « On ne sert à rien » dans le film *12 jours*, de Raymond Depardon, qui a d'ailleurs été tourné au Vinatier : tout cela est un peu de l'ordre de la formalité, le juge ne peut rien faire pour le patient et pourtant, comme on parle de lui, il faut qu'il soit là).

De plus, Le patient n'a pas les moyens de s'exprimer équivalents à ceux de l'avocat ou du juge : les médicaments peuvent l'empêcher ; la barrière de la langue également dans certains cas ; ou bien il est fréquent que s'il répète plusieurs fois la même chose ou s'éloigne du sujet de l'audience, le juge lui coupe brutalement la parole. Il n'est jamais noté que le juge coupe la parole de l'avocat.

On pourrait considérer que l'avocat relaie la parole du patient et que son intervention vaut donc comme une de ses prises de parole. Toutefois, on peut se poser la question de savoir si la représentation, la délégation, ne sont pas des pertes d'autonomie. Par exemple, la représentante de l'hôpital nous raconte qu'il arrivait, notamment à l'apparition des premières audiences, que les avocats rentrent dans des conflits avec les juges qui étaient de l'ordre de la contradiction symbolique. Ainsi, il s'agissait pour eux de faire sortir coûte que coûte le patient de l'hôpital, alors même que celui-ci pouvait avoir finalement envie de rester. Elle raconte que certains patients se retrouvaient à pleurer alors que l'avocat poursuivait son plaidoyer. De plus, les prises de parole des avocats sont souvent plus longues. Du moins, si elles sont longues, elles ne sont pas pour autant interrompues, alors que les prises de parole très longues des patients font souvent l'objet d'un agacement manifeste de la part des juges.

La place des avocats est cependant déterminante pour la reconnaissance de l'autonomie du patient, car sur le plan purement formel, ce sont eux qui peuvent soulever des vices de procédure (le JLD ne peut pas se saisir d'office sur tous les vices potentiels. Par exemple, sur le plan de la notification des droits, il n'est pas apte à le faire). Le degré d'implication des avocats dans la procédure, leur combativité, sont donc susceptibles de faire pencher le verdict dans un sens ou dans l'autre. Un avocat peu intéressé par les questions de psychiatrie ou peu impliqué dans la vérification minutieuse des éléments du dossier pourrait donc aussi bien ne pas voir une erreur procédurale et faire perdre la possibilité au patient de sortir alors même que son hétéronomie ne serait pas légitime.

De plus, même lorsque l'avocat soulèverait une irrégularité (ce que l'on nomme un "vice de procédure"), le juge ne peut la prendre en compte que dans la mesure où celle-ci ferait "grief" au patient, c'est-à-dire lui porterait préjudice. Or, cette notion de grief est ambivalente. Elle implique d'un côté une prise en compte du bien-être du patient, car on essaye de déterminer si ses droits ont ou non été respectés, et on le fait sortir de l'hôpital si ce n'est pas le cas. Mais d'un autre côté, déterminer si un vice de procédure fait grief au patient, c'est un processus dans lequel tous les avis sont écoutés au même titre, sauf celui du patient lui-même (considéré comme malade, donc nécessairement biaisé sur son propre état). Il y a donc prise en compte d'un grief potentiel, mais cette prise en compte relève en dernier recours de l'avis du magistrat, et non de la personne à qui il a été fait grief.

Dans ce moment déterminant pour la reconnaissance ou la non-reconnaissance de l'autonomie du patient qu'est l'audience (nous l'avons vu), une autre variable entre également en jeu : la propension des JLD à faire usage d'une certaine délicatesse et d'une certaine bienveillance pendant les échanges est en effet extrêmement variable. Selon les situations, le schéma des prises de parole, ainsi que la durée de celles-ci, sont donc fortement susceptibles de varier, ce qui affecte donc plus ou moins l'autonomie du patient.

Interrogé par nous, un membre du personnel administratif de l'hôpital explique qu'il lui faut parfois *"réparer les pots cassés"* après les audiences, lorsqu'un juge s'est montré trop brusque, n'a pas laissé l'occasion au patient de s'exprimer autant qu'il l'aurait aimé (voire pas laissé l'occasion de s'exprimer du tout). Le *"cadre"* qu'imposent certains juges aux patients se traduit très concrètement par des remarques ou coupures pendant que le patient parle : pour citer une JLD en audience : *"Stop, Madame, vous posez une question, je réponds, laissez-moi répondre [...] Madame, si vous parlez tout le temps, on va pas s'entendre."* ; ou par une délimitation temporelle de son temps de parole : à une patiente qui commençait à prendre la parole pour contredire le contenu des certificats médicaux que rappelait la juge, cette dernière répond, avec un geste de la main comme pour l'arrêter : *"Laissez-moi parler. Ecoutez-moi, sinon on va pas s'entendre."* ; ou par une invitation à s'exprimer décidée par le juge : *"A votre tour maintenant, qu'est-ce que vous souhaitez dire ?"* , *"Vous pouvez parler à présent, que voulez-vous dire ?"*.

2° La médiation : protection du patient vulnérable ou renforcement de son hétéronomie ? Considérations méthodologiques.

Enfin, nous avons nous-mêmes été confrontés au problème de leur autonomie au moment de la passation des questionnaires. Notre projet initial était de faire passer une cinquantaine de questionnaires à des patients, l'après-midi suivant leur rencontre avec le JLD. Cela ne pouvait pas se faire directement après, dans les salles adjacentes à la salle d'audience, car l'adjoint administratif et les infirmiers devaient raccompagner les patients dans leurs chambres au plus vite. Ainsi, même ceux qui étaient volontaires pour répondre à nos questions n'étaient pas maîtres de leur emploi du temps. Cette dépendance vis-à-vis du personnel de l'hôpital pour se déplacer est une énième preuve de leur hétéronomie.

Il nous fallait alors nous rendre dans les services l'après-midi, après les repas; nous présenter au personnel; puis attendre qu'un infirmier ou une infirmière emmène le patient dans une pièce qui nous était attribuée. Est-ce constituer une autonomie au patient que de mettre ces barrières protectrices autour de lui ou est-ce justement symptomatique d'une perte d'autonomie ?

De la même manière, le projet d'effectuer des focus groupes (c'est-à-dire des entretiens collectifs) avec plusieurs patients en même temps est conditionné par l'accord que donneront (ou non) les médecins responsables de ces personnes. Il nous faut donc obtenir cette autorisation préalable avant de pouvoir réaliser les entretiens. Des membres du personnel soignant devraient en outre être présents pendant toute la durée des entretiens, afin de protéger les patients, mais aussi de nous protéger nous.

Une fois de plus donc, tout porte à croire que l'immense contrôle pesant sur les déplacements et la gestion du temps des patients est l'obstacle principal, et pourtant un cadre nécessaire dans le soin. Il s'agit en effet de ne pas perturber le patient, d'éviter toute fugue ou montée d'agressivité qui ne pourrait être canalisée que par un professionnel. C'est donc pour le bien du patient qu'on cherche à ne pas les brusquer. Et pourtant, cela semble entraver un projet pour lequel ils sont volontaires et consentants.

Conclusion.

L'audience avec le JLD est un moment charnière, et même une véritable épreuve, pour des individus dont on dira de manière générale qu'ils sont "vulnérables". Cette vulnérabilité donne lieu à une perte d'autonomie, sous couvert de soin. Dans cette perte d'autonomie, il y a l'objectif de la leur rendre, au moment de la fin des soins sans consentement. Le paradoxe du soin réside dans le fait de rendre l'autonomie en passant par l'hétéronomie.

A bien des égards, l'audience avec le JLD est comme un rappel, voire un essai, de cette restauration à venir.

- Le recueil de la parole est une reconnaissance d'autrui comme sujet de droit ayant le la possibilité de se défendre et d'être défendu.
- Le temps qui lui est accordé se veut avoir une fonction thérapeutique, où il se sent écouté et rassuré.
- L'existence même de cette procédure juridique est une forme de respect : la justice peut contrôler ce que fait l'hôpital, et ainsi il demeure un sujet de droit avant d'être un sujet de soin.

On peut dire que cela s'inscrit dans une certaine philosophie du soin selon laquelle la dignité ne dépend pas de l'intégrité psychique. Toutefois, si c'est une idée de respect et de reconnaissance de l'autre qui justifie cette procédure, celles et ceux qui l'exécutent de facto en dévoilent parfois les limites: le mépris de la parole, la mise en scène procédurale, et le faible nombre de mainlevées montrent que le patient n'est parfois relégué qu'au rôle de marginal qui ne sait pas ce qui est bon ou juste. De plus, l'appareil juridique est avant tout une instance de contrôle. Il demeure difficile de prétendre à autre chose qu'à un respect d'autrui d'ordre procédural et formel dans de telles audiences.

Une expression employée par un JLD pour décrire ces audiences (celle de "*fonction thérapeutique de l'audience*") peut cependant venir contrebalancer ces remarques. Car, comme nous l'avons déjà dit, affronter l'audience au 8e ou 9e jour de soin sans consentement est aussi pour le patient une "étape", qu'un membre du personnel administratif de l'hôpital, en charge de la gestion des dossiers de soin sans consentement, décrit aussi comme "*faisant partie du soin*". Il y aurait peut-être ici quelque chose de l'ordre du dépassement de ses propres peurs pour affronter un regard extérieur (civil) qui se jouerait pour le patient, avec, à la clé, une certaine forme d'autonomie regagnée.