L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980

Tonya Tartour

▶ **To cite this version:**

Tonya Tartour. L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980. Sociologie. Centre de sociologie des organisations; Sciences Po Paris, 2021. Français. ⟨NNT : 2021IEPP0027⟩. ⟨tel-03511655⟩

HAL Id: tel-03511655

https://hal.science/tel-03511655v1

Submitted on 5 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL Authorization

Institut d'études politiques de Paris

ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO

Programme doctoral de Sociologie

Centre de sociologie des organisations

Doctorat en Sociologie

L'administration du désordre

Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980

Tonya Tartour

Thèse dirigée par Daniel Benamouzig, Directeur de recherche au CNRS

Soutenue le 11 janvier 2021

Jury :

M. Daniel Benamouzig, Directeur de recherche, CNRS, CSO (Directeur de thèse)

M. Henri Bergeron, Directeur de recherche, CNRS, CSO

M. Jean-Paul Gaudillière, Directeur de recherche, Inserm et Directeur d'études à l'EHESS, Cermes3

M. Peter Miller, Professor, LSE, Department of Accounting

Mme Livia Velpry, Maîtresse de conférence HDR, Université Paris 8, Cermes3 (rapportrice)

Mme Cécile Vigour, Directrice de recherche, CNRS, CED (rapportrice)

L’administration du désordre

Gouverner l’hôpital psychiatrique depuis les années 1980

L'administration du désordre

Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980

Résumé

La thèse étudie les transformations récentes des modes de gouvernement de l'activité psychiatrique hospitalière. Elle explore plus singulièrement le rôle de deux processus réformateurs influents : l'introduction du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement et l'évolution du mode de financement des établissements publics en psychiatrie. Inégalement abouties et traversées par des logiques institutionnelles hétérogènes, respectivement fondées sur le droit et sur l'économie, ces évolutions partagent le projet normatif de devenir des références légitimes pour l'hôpital psychiatrique, non sans effets sur ses pratiques et ses dynamiques professionnelles ou organisationnelles. Ce travail sociologique mobilise de nombreux entretiens, conduits auprès d'acteurs professionnels ou en charge de la régulation, un ensemble d'observations ethnographiques réalisées dans des établissements spécialisés, notamment lors d'audiences judiciaires, ainsi qu'un dépouillement de sources écrites. La thèse analyse la fabrique des politiques publiques en psychiatrie et leur mise en œuvre, en prêtant attention au rôle des psychiatres et à leurs interactions avec d'autres acteurs professionnels, dans le domaine du droit en particulier, ainsi qu'avec des acteurs institutionnels, nationaux ou régionaux notamment. La thèse conclut à une relative dépossession des psychiatres dans les processus de réforme de l'institution psychiatrique au cours des dernières décennies, euphémisée par leur capacité à contrôler en partie les conditions de la mise en œuvre de ces évolutions.

Mots-clefs : psychiatrie et santé mentale, action publique, gouvernement, judiciarisation, économicisation

Administering Disorder

Governing the Psychiatric Hospital since the 1980s

Abstract

The dissertation examines the recent transformations in the modes of governing the activities of psychiatric hospitals. More specifically, it explores the role of two influential reform processes in France: the introduction of judicial reviews of involuntary commitment and the evolution of the ways public psychiatric institutions are funded. Unequally successful and traversed by heterogeneous institutional logics, from law and economics respectively, both changes aim to shape norms of the legitimate functioning of psychiatric hospitals. Hence, they contribute to changes in professional practices and organisational dynamics. This sociological work draws on interviews, conducted with medical and judicial professionals and policy makers, a set of ethnographic observations carried out in psychiatric hospitals and judicial hearings, as well as a review of written sources. The dissertation analyses the elaboration of public policies in psychiatry and their implementation, focusing on the role of psychiatrists and their interactions with other professionals, particularly in the legal field, as well as with institutional, national or regional actors. This work concludes that psychiatrists have been relatively dispossessed of control over the process of reform of the psychiatric institution over the last decades. However, the deprivation is masked by their ability to partly control the conditions of the implementation of these policies.

Key-words : psychiatry and mental health, public policies, government, judicialization, economization

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Daniel Benamouzig, qui a accepté de diriger ce travail. Je remercie les membres du jury d'avoir accepté de lire et discuter mon travail. Je suis très heureuse qu'Henri Bergeron, qui a suivi mon évolution depuis l'entretien d'entrée en master à Sciences Po, ait accepté de siéger dans ce jury, prolongeant ainsi l'engagement déjà formulé lors de l'encadrement de mon mémoire. Merci à Livia Velpry pour sa disponibilité précoce dans le suivi de mon travail. Merci à Jean-Paul Gaudillière d'avoir été présent durant la dernière année de cette thèse et de m'avoir accompagnée pour penser ses prolongements. Merci à Cécile Vigour de m'avoir accordé sa confiance en m'ayant fait parvenir son ouvrage pendant ces si longues semaines de confinement. Merci enfin à Peter Miller d'avoir répondu présent à notre invitation.

Cette thèse a été rédigée pendant et entre les confinements. A l'heure de mettre le point final à ce manuscrit et afin de rompre enfin cet isolement (de la rédaction) dans l'isolement (des confinements), il me tient à cœur de remercier de nombreuses personnes. Si la sociologie est à n'en pas douter un sport de combat, la recherche est assurément un sport collectif et j'ai eu la chance immense de la pratiquer souvent dans de formidables équipes.

D'abord, je tiens à remercier Catherine Leclercq pour ses enseignements à l'Université de Poitiers il y a tout juste dix ans. On dit qu'un cours peut changer une vie, vous avez indubitablement donné un élan inattendu à la mienne !

Merci à mes ami-e-s de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), et particulièrement à Magali Coldefy, de m'avoir transmis l'envie de décortiquer ce si fou système de santé. Je sais toute la chance que j'ai de compter Florence Jusot parmi mes amies. A l'heure de clore cette thèse, mes pensées vont vers Paul Dourgnon, il sait tout ce que l'aboutissement de cet ouvrage lui doit.

Merci aux membres du collectif Contrast de m'avoir accueillie si tôt pour apprendre à vos côtés le métier de chercheuse. Je remercie tout particulièrement Livia Velpry, Benoît Eyraud et Ana Marques pour leur soutien, ainsi que Sébastien Saetta pour sa précieuse amitié.

Mon appréhension résolument collective de la recherche m'a été largement transmise par les membres de mon laboratoire, titulaires, ITA, doctorant-e-s et post-doctorant-e-s et je mesure le privilège que j'ai d'avoir effectué ce travail au Centre de Sociologie des Organisations. Merci à Valérie Bonnet-Kebbouche, Carine Boutillier et Simon Cordonnier de nous rendre la vie plus

facile. Merci à Jérôme Aust, Sylvain Brunier, Renaud Crespin et Jean-Noël Jouzel pour les nombreux séminaires. Merci à Olivier Borraz, Sophie Dubuisson-Quellier et Jérôme Pélisse pour leur indéfectible soutien, particulièrement dans les moments les plus difficiles. Pour les discussions, les prêts de livres, les relectures, les danses endiablées des pots de rentrée et les déjeuners amicaux merci aussi à Samia Ben, Marie-Emmanuelle Chessel, Emilie Biland-Curinier, Patrick Castel, Martin Giraudeau, Léonie Hénaut, Jeanne Lazarus, Claire Lermercier, Christine Musselin et Olivier Pilmis. Merci à tous les membres du CSO Consulting pour avoir rendu plus douce et ensoleillée l'entrée dans la thèse : le comité exécutif tenu avec poigne par le merveilleux Alexis Aulagnier et son adjoint Edouard Dequeker, ainsi que Valérie Arnhold, Sebastian Billows, Hadrien Clouet, Alizée Delpierre, Audrey Harroche et Anne Moyal. Merci à Pauline Grimaud d'avoir supporté mon capharnaüm de bureau pendant trois années et merci pour le reste. Merci aussi aux « ancien-nne-s », Hugo Bertillot, Anne Bertrand, Camille Boubal, Hadrien Coutant, Romain Juston Morival, Marie Mourad, Alice Valiergue, aux « nouveaux-elles », Hugues Bonnefon et Marion Gaboriau, et à la « future » doctorante, Anna Egea, de rendre la discussion scientifique joyeuse et les journées un peu moins longues.

Après une collaboration heureuse en France, j'ai eu l'immense bonheur de mener une enquête avec Alex Barnard dans les cours judiciaires des hôpitaux psychiatriques new-yorkais. Merci pour les multiples traces que tu as laissées dans cette thèse. Merci à Gil Eyal de m'avoir accueillie et encadrée à l'université de Columbia durant l'automne 2016.

J'ai également le privilège d'agir aux côtés de la formidable Julie Minoc pour la coordination du groupe de jeunes chercheuses et chercheurs Traitements & Contraintes. Son appui amical m'a été souvent précieux et les rencontres T&C des moments d'échanges toujours fructueux et sympathiques.

Sur le chemin, je suis reconnaissante d'avoir rencontré des personnes qui comptent désormais. Charles Bosvieux-Onyekwelu, et Cal Le Gall, mon meilleur supporter, ainsi que mes gars sûrs, Marcos Azevedo, Ivan Garrec, Alexandre Michel, Pierre Robicquet et Vincent Schlegel. Merci également à mes ami-e-s et collègues de galère Luis Miguel Rivera Velez et Jeanne Subtil ainsi qu'à Pierre-André Juven et Benjamin Lemoine pour leur appui bien loin de la morosité parisienne.

Je remercie le plus chaleureusement du monde Delphine Moreau, Etienne Nouguez et Camille Lancelevée pour m'avoir invitée à collaborer avec vous dans une recherche collective et avoir été si présent-e-s et assidu-e-s avant, pendant et après celle-ci. J'ai tant appris à vos côtés et je retiens surtout cette chose si précieuse que vous partagez, une bienveillance constante

dans les échanges qui rend toute entreprise moins insurmontable. Merci également à la Fondation Hospitalière de France d'avoir soutenu financièrement ce projet. En m'accordant un revenu pendant une année et l'ouverture de droits au chômage, elle a été un substitut crucial à un financement de la recherche toujours plus insuffisant et précarisant.

Cette équipe ne serait pas complète sans les étudiantes et étudiants de Sciences Po à Paris et à Reims, des universités de Versailles-Saint-Quentin, Paris-Saclay, Dauphine et l'IFCS auprès de qui j'ai eu l'honneur d'enseigner pendant ces cinq années. J'ai un respect particulier pour mes étudiantes soignantes de l'IFCS qui ont su avec une grande maîtrise mener de front la rédaction d'un mémoire de sociologie et faire œuvre de « premières lignes » pendant ce trop long printemps : l'hôpital public ne mesure pas suffisamment la chance qu'il a de vous compter parmi ses fidèles volontaires !

La sociologie ne peut se faire sans ses enquêté-e-s. Dans le plus grand respect de l'anonymat je remercie chacune des personnes qui m'ont accordé du temps pour faire exister cette recherche et j'espère sincèrement ne pas trahir leurs propos et leur confiance.

Pour les relectures et les discussions de dernière minute pour bâtir ou ajuster ce manuscrit merci enfin à nouveau à Alexis Aulagnier, Alex Barnard, Hugues Bonnefon, Martin Giraudeau, Léonie Hénaut, Camille Lancelevée, Alexandre Michel, Jérôme Pélisse et Sébastien Saetta. Mon plus grand big-up enfin est destiné à Etienne Nouguez, cheville ouvrière de ma persévérance, redoutable relecteur et discutant de talent, et sans qui, à bien des occasions, je n'aurais pas trouvé la force de terminer ce manuscrit. Par votre disponibilité, votre intelligence et votre bienveillance, vous avez rendu ce manuscrit incomparablement meilleur. Les erreurs et imprécisions qui demeurent sont les miennes.

La rédaction confinée de cette thèse semble détonner dans un voyage où j'ai été très bien accompagnée. C'est encore grâce aux soutiens amicaux de mes logeur-se-s que j'ai pu poursuivre mon travail dans de bonnes conditions tout au long de l'année 2020. Merci à Kristin et Franky, Claire, Christophe et Oli Van den Bussche et à Nicole, Christian et Noémie Vimeux pour ces longues et calmes semaines à la mer et à la montagne.

Le monde de l'enseignement supérieur et de la recherche est parfois cruel, bien souvent absurde et constamment accaparant. Pour m'avoir soutenue, avoir voulu comprendre et accepté mes absences, je remercie mes ami-e-s Céleste Danos, Eloïse Green-Glad, Marie Lacaze, Colombine Lamotte, Constance Lecomte, Romain et Valeria Richard Yanes, mes cousines Alexane et Aurélie Lepoan et mes copines Anaëlle Brière, Solvenn Lhez, Charlotte Long et

Claire Van den Bussche. Un remerciement spécial à Zélie Mondon qui a éclos en même temps que ce manuscrit me donnant ainsi une nouvelle et précieuse dose de courage. Merci à ses parents Annabelle et Jérémie Mondon et à sa sœur Milla Mondon pour nos déjeuners, nos apéros et surtout la confiance que vous m'accordez. Merci également à (mon) Parrain et à Brigitte Dartigolle ainsi que tous ceux et toutes celles autour, petit-e-s et grand-e-s, d'avoir fêté avec moi l'entrée en thèse et m'avoir soutenue toujours dans sa poursuite. J'ai hâte de vous retrouver pour fêter (enfin) son achèvement ! J'ai une pensée pour mon oncle, René Bouvet, que je remercie d'avoir rendu plus tenable ce chemin en le pavant de pierres et en le parsemant de fleurs. Merci également à ma tante, Pascale Aujay, pour son écoute. Une excuse aussi, auprès de Benjamin Lecomte et sa famille pour mon indisponibilité chronique : prenons le temps désormais !

Enfin, j'adresse mes derniers mots à ma garde rapprochée. Un premier à mes parents, Isabelle et Walter Tartour, qui ont toujours cru dur comme fer à l'institution scolaire et à ma réussite par celle-ci. Et un second à ma sœur, Lara Tartour qui m'a choyée ces derniers mois, ces dernières semaines et ces derniers jours et dont j'ai hâte de fêter encore les prochains succès. Parce que mon choix de la sociologie a été exigeant et éprouvant pour eux aussi, je leur dédie ce manuscrit.

Liste des sigles

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANDEM : l'Agence nationale pour le développement médical

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation

CASP : Comité d'action syndicale de la psychiatrie

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDHP / CDSP : Commission départementale des hospitalisations / soins psychiatriques

CEDH : Cour européenne des droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de libertés

CHS : Centre hospitaliser spécialisé

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10° version

CLSM : Conseil local de santé mentale

CME : Commission médicale d'établissement

CMD : Catégories majeures diagnostiques

CMP : Centre médico-psychologique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPT : Communauté psychiatrique de territoire

CRPA : Cercle de réflexion et de proposition d'action pour la psychiatrie

CRUQPC : Commissions des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAF : Dotation annuelle de financement / directeur des affaires financières

DGARS : Directeur général de l'ARS

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DHOS : Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins

DGS : Direction générale de la santé

DIM : Département d'information médicale

DPI : Dossier patient informatisé

DSM : *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*

DT : Délégation territoriale des ARS

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (au ministère de la Santé)

DRG : *Diagnosis related groups*

DT : Délégation Territoriale

EGF : Échelle globale de fonctionnement

ELSA : Equipe de liaison et de soins en addictologie

ENC : Enquête nationale de coûts

ENM : École nationale de magistrature

EPSM : Établissement public de santé mentale

ETP : Équivalent Temps plein

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires

FHF : Fédération hospitalière de France

FIR : Fonds d'intervention régional

FNAPSY : Fédération nationale des patients en psychiatrie

FPP : Fiches par Patient

GEM : Groupes d'entraide mutuelle

GHA : Groupes homogènes d'actes

GHJ : Groupes homogènes de journées

GHM : Groupes homogènes de malades

GHT : Groupement Hospitalier de territoire

GIA : Groupe information asiles

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HDT / SDT : Hospitalisation / Soins à la demande d'un tiers

HL / SL : Hospitalisation / Soins libre(s)

HO / SDRE : Hospitalisation d'office / Soins à la demande d'un représentant de l'Etat

IDEPP : Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique

IGA : Inspection générale de l'Administration

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGJS : Inspection générale des services judiciaires

IGGN : Inspection générale de gendarmerie nationale

IGPN : Inspection générale de la police nationale

HPST (loi) : Hôpital Patient Territoire (2009)

JLD : Juge des libertés et de la détention

MCO : Médecine chirurgie, obstétrique

MIG(AC) : Mission d'intérêt général (et d'aides à la contractualisation)

MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale

MSA : Mode de suivi ambulatoire

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation de l'Information

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

PTSM : Projet territorial de santé mentale

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

RCB : Rationalisation des Choix Budgétaires

RimP : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (ou Recueil d'information médicalisée en psychiatrie)

RUG : *Resource Utilizations Groups*

SPEP : Syndicat des psychiatres d'exercice public

SPH : Syndicat des psychiatres hospitaliers

SPS : Syndicat des psychiatres de secteur

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SSR : Structures de soins de suite et réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

TGI : Tribunal de grande instance

UMD : Unité pour malades difficiles

Unafam : Union nationale des familles et amis de malades psychiques

USIP : Unité de soins intensifs psychiatriques

VAD : Visite à domicile

VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Sommaire

Remerciements **9**

Liste des sigles **13**

Sommaire **15**

Introduction générale. L'hôpital psychiatrique toujours au temps des réformes **17**

Chapitre liminaire : Des mots sur des maux : le *régime narratif d'objectivation* de la clinique psychiatrique **53**

Première partie : Gouverner par le(s) droit(s). Genèse et effets du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement ***102***

Introduction de la première partie : Le droit et la justice comme registre normatif et ressort réformateur **104**

Chapitre II : Réformer les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : redistribution des pouvoirs et rationalisation du droit **120**

Chapitre III : Remplir l'exigence bureaucratique ou construire un nouvel agencement institutionnel ? **174**

Chapitre IV : Un « retournement » du dispositif de garantie des droits ? Renforcement de la logique professionnelle contre le patient **221**

Conclusion de la première partie : De la contestation du pouvoir psychiatrique à son renforcement **267**

Seconde partie : Gouverner (par) les financements. La singulière mise en économie de la psychiatrie ***271***

Introduction de la seconde partie : La mise en économie des soins psychiatriques **273**

Chapitre V : L'improbable réforme du système du financement de la psychiatrie et ses controverses **287**

Chapitre VI : Gouverner l'activité psychiatrique par ses financements. L'échelle locale de la mise en économie des soins psychiatriques **331**

Conclusion de la seconde partie : le sentier institutionnel de la psychiatrie et sa réforme organisationnelle **386**

Conclusion générale **396**

Bibliographie **404**

Annexes méthodologiques **441**

Table des encadrés **456**

Table des matières **458**

Derrière la saleté s'étalant devant nous
Derrière les yeux plissés et les visages mous
Au-delà de ces mains ouvertes ou fermées
Qui se tendent en vain ou qui sont poing levé
Plus loin que les frontières qui sont de barbelés
Plus loin que la misère il nous faut regarder

Il nous faut regarder ce qu'il y a de beau
(…)

Il nous faut écouter

Il nous faut regarder

Jacques Brel, *Il nous faut regarder*

Introduction générale. L'hôpital psychiatrique toujours au temps des réformes

> « La psychiatrie, on lui a foutu la paix depuis sa création jusqu'en 1978 à peu près. Il n'y a eu aucun rapport sur la psychiatrie depuis sa création […] jusqu'en 1978. La loi de 1838 qui ouvre un asile par département et qui met en place les contraintes […] va être valable jusqu'en 1990. Les hôpitaux, enfin les asiles s'ouvrent et prendront le nom d'hôpitaux psy, mais finalement, on fout la paix aux médecins-directeurs. Ce sont les médecins aliénistes qui sont les directeurs, les grands chefs et qui vivent tranquilles dans ces lieux plutôt fermés. Ça va continuer comme ça, tranquillement, même s'il y a tout ce qui se passe pendant la Seconde guerre mondiale. Finalement, les deux grands courants de la psychiatrie française, psychothérapie institutionnelle […] et puis il y a le rôle de la psychanalyse là-dedans qui me paraît tout à fait intéressant […]. Ça arrangeait tout le monde que les aliénistes soient directeurs et gèrent leurs petits, enfin leurs gros hôpitaux psychiatriques […]. En 1978, on commence à se rendre compte que ça coûte cher la santé.
>
> Donc à partir de 1978, on commence à dire qu'on ferme des écoles d'infirmiers parce qu'on dit on aura moins besoin d'infirmiers dans l'hôpital […] et avec l'idée qu'il fallait ouvrir des alternatives à l'hospitalisation, c'est-à-dire soigner les gens à partir des dispensaires d'hygiène mentale qu'on va appeler après les centres médico-psychologiques, les hôpitaux de jour, les CATTP [Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel], etc. Et arrive 1981, changement de gouvernement, jusqu'en 1983 où le discours a un petit peu changé. Arrive quelqu'un qui a été le seul ministre à avoir un peu une vision de la psychiatrie, c'est un ministre communiste, Jack Ralite. Il commence par demander un rapport sur la psychiatrie et ce rapport Demay, le deuxième rapport sur la psychiatrie. [Il préconisait] « un lent dépérissement de l'hôpital psychiatrique sur une dizaine d'années » […] et en 1985 il y a un autre rapport du gouvernement qui dit que le dépérissement a lieu au rythme de la tortue[1]. »
>
> Formatrice dans une association spécialisée dans les formations éthiques en psychiatrie et santé mentale[2], Aquitaine, juillet 2016

L'après-guerre a constitué, jusqu'à la fin des années 1970, un moment de renouveau pour la psychiatrie. Les difficultés éprouvées pendant la guerre, l'évolution des interventions thérapeutiques et des théories auxquelles elles se rattachent conduisent les psychiatres à entreprendre une transformation de leur institution, notamment en la projetant à l'extérieur des murs de l'hôpital (Henckes, 2007). La modernisation de l'hôpital psychiatrique entamée à la fin des années 1940 ne protège pas l'institution psychiatrique d'une ferme mise en accusation

[1] Elle fait ici référence aux travaux préparatoires des commissions parlementaires dans le cadre de la loi du 31 décembre 1985 *relative à la sectorisation psychiatrique*.

[2] Cette association est fondée en 1984 à Bordeaux par le philosophe Francis Jeanson et des soignants en psychiatrie. Elle promeut une approche « non-dogmatique » ainsi que la prédominance du travail d'équipe, souhaitant notamment « rompre avec la toute-puissance du pouvoir médical » dans les unités au profit d'une meilleure coordination avec les infirmiers.

au cours des 1960. Dans la période où est engagée une « réinvention de l'État » (Bezes, 2009), la reprise en main de la psychiatrie est orchestrée par l'administration centrale au cours des années 1970 et 1980. C'est ce déplacement du *contrôle sur le changement* qu'évoque la formatrice dans l'entretien : le passage d'une séquence historique (plutôt longue) au cours de laquelle les psychiatres ont le pouvoir d'envisager eux-mêmes leur destin, à celle où ils s'en trouvent progressivement dépossédés au profit de régulations exogènes, typiques des transformations contemporaines de l'État.

Nous empruntons à Nicolas Henckes (2007) le titre de l'introduction générale de sa thèse, consacrée aux réformes des hôpitaux psychiatriques engagées dès l'après-guerre : « L'hôpital au temps des réformes ». Notre travail s'inscrit dans le prolongement de son étude, en s'intéressant non plus à des réformes portées par les psychiatres eux-mêmes, mais à des réformes issues de sources normatives extérieures à la médecine. Empiriquement, la thèse explore deux objets réformateurs : l'encadrement croissant de l'hospitalisation sans consentement jusqu'à sa récente « judiciarisation » et les modifications progressives de son financement à travers l'introduction de normes gestionnaires.

Nous présentons, dans un premier temps, les objets de la thèse ainsi que quelques-unes de leurs propriétés formelles. Nous parcourons ensuite leur épaisseur historique. Enfin, nous les replaçons dans un contexte institutionnel plus large et cohérent, avant de présenter notre méthodologie d'enquête.

Le problème singulier de la rationalisation d'une activité marginale par le droit et l'économie

La médecine psychiatrique, partout, interroge les marges. La psychiatrie porte en elle quelque chose d'insoluble, de l'ordre de l'irrésolution. C'est souvent le dernier espace qu'il reste à des individus, alors que de partout, ils ont été jugés « inaptes » ou « incapables ». Michel Foucault dit à ce sujet : « *Quant au malade mental, il est bien sans doute le résidu de tous les résidus, le résidu de toutes les disciplines, celui qui est inassimilable à toutes les disciplines scolaires, militaires, policières, etc., que l'on peut trouver dans une société* ». Et de poursuivre sur « *l'existence nécessaire des résidus, qui va entraîner bien sûr l'apparition de systèmes disciplinaires supplémentaires pour pouvoir récupérer ces individus, et ceci à l'infini* » (Foucault, 2003, p. 56). La poursuite et l'extension des soins sans consentement illustrent bien

les *systèmes disciplinaires supplémentaires* destinés à prendre en charge les personnes déboutées des appareils précédents, ceux des soins libres en psychiatrie.

La multiplication des troubles que l'on prête aux enfants récalcitrants au système scolaire est une illustration prégnante de ce mouvement de relégation de l'inaptitude d'une population vers la psychiatrie[1]. Même lorsque les « cas » sont confiés par la justice – ou plus justement *récupérés* par les experts psychiatres *in extremis* avant que le parcours judiciaire ne se continue et qu'il aboutisse – c'est en disqualifiant la personne comme « irresponsable » (pénalement) qu'elle est remise entre les mains des psychiatres. La psychiatrie s'est ainsi fondée sur sa capacité à *contenir les dé-bordements*. *Contenir* est à saisir en trois sens ici. D'abord, *contenir* se réfère à la capacité à inclure les malades dans son système de référence. Ensuite, elle les *contient* au sens du renfermement dans l'établissement. Enfin, on utilise, sans les différencier, les verbes *contenir* et contentionner pour désigner l'action de pose des contentions à un patient, destinée à limiter ses mouvements. Les dé-bordements sont les sorties du cadre, lorsque les bords ou les limites sont dépassés, outrepassés. La psychiatrie s'est peu à peu outillée pour penser et agir dans ces situations : « La psychiatrie*, et en particulier la psychiatrie de secteur, se caractérise donc par le fait qu'elle est un des lieux institutionnels où il existe* un cadre pour ces décrochages du cadre. » (Velpry, 2008, p. 35).

Tenant son rôle de marge (qu'y a-t-il après elle ?), et sous l'impulsion des mouvements de patients (Linder, 2018), elle a d'ailleurs cessé de revendiquer la guérison pour se concentrer sur le *rétablissement* (*recovery*) du malade. Peu à peu, le rôle de l'hôpital évolue à mesure que des structures extrahospitalières *s'*ouvrent et *l'*ouvrent et que les horizons de coopération avec le champ médico-social s'élargissent. Sa fonction en est ainsi reconfigurée, centrée désormais principalement sur la gestion de la crise (Berenguer, 2018), débordement ultime du cadre, que les structures extrahospitalières du secteur n'ont plus su ou plus pu gérer.

En étant située à la fois un pied dedans et un pied dehors, elle se situe à la marge de la médecine. Du point de vue de l'organisation des soins également, elle bénéficie d'un système qui lui est propre qui la « marginalise » dans les institutions de régulation. Cette spécificité par les marges se répète dans son rapport au droit, où l'hospitalisation sans consentement constitue une exception vis-à-vis de l'impératif du consentement aux soins[2]. Comment réguler un espace

[1] Sur le développement des Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) voir (Dupanloup, 2004).

[2] L'impératif du consentement aux soins est notamment introduit par la « loi Kouchner » du 4 mars 2002.

marginal ? Cette question se pose du point de vue des pouvoirs publics, qui bien des fois hésitent à recentrer ou normaliser la psychiatrie comme une institution de soins comme les autres. Comment la psychiatrie peut-elle être régulée par des sources normatives qui tendent à penser une limite nette entre la norme et la déviance ? Le droit et l'économie partagent en effet cet intérêt pour les règles qui doivent être suivies et surtout qui permettent d'avoir quelque prévision sur la conduite des acteurs. Cette thèse interroge les prises et les déprises de ces régulations qui cherchent à donner du sens à la pratique psychiatrique en lui intimant de rendre des comptes sur ce qu'elle décide et ce qu'elle produit.

Les travaux qui ont déjà contribué à une approche conjointe de l'épaisseur régulatoire proprement juridique de la psychiatrie et ses avatars plus contemporains dans la gestion et l'organisation des soins ont eu tendance à opposer ces deux modes de changement et de régulation en identifiant le passage de l'un à l'autre comme un point de rupture dans la continuité institutionnelle psychiatrique (Rhenter, 2004 ; Velpry et Eyraud, 2014). Notre thèse fait le pari que l'analyse conjointe des régulations, juridiques et gestionnaires, est féconde pour penser les transformations récentes en psychiatrie.

Les deux objets réformateurs, l'introduction du contrôle judiciaire des hospitalisations et la réforme progressive de son mode de financement apparaissent dans le prolongement de la réforme institutionnelle des années 1940-1970. Bien que distincts, ils procèdent d'une même volonté de « normaliser » la psychiatrie, de la faire entrer dans le rang. Ils sont chacun traversés par des logiques institutionnelles hétérogènes, notamment le droit et la gestion, mais partagent le projet de devenir des références légitimes au sein de l'hôpital psychiatrique. Ils se constituent comme des balises (à la fois points de repères et limites) pour l'action immédiate des médecins ainsi que comme normes de valeurs pour concevoir et porter le changement dans l'institution psychiatrique. En valorisant des manières de faire et en marginalisant des comportements entendus comme déviants ou peu stratégiques, ils luttent contre la discrétion, voire l'arbitraire, des acteurs en leur proposant ou leur imposant des schèmes d'action. Ils profitent tous deux d'une légitimité de type rationnel-légal (Weber, 2008), portée par une régulation par l'État. Par leur prégnance, ils interrogent alors la capacité de la psychiatrie à se penser et se mouvoir de manière autonome, dans un monde progressivement rationalisé et organisé (au sens de tisser des liens entre les acteurs et les organisations).

Les travaux de Lise Demailly font état d'une nouvelle « configuration de régulations » qui coexistent et redéfinissent progressivement les « *rapports d'hégémonie entre les acteurs qui peuvent prétendre à être coproducteurs de l'action publique* » (Demailly et Autès, 2012,

p. 68). Alors considérés comme relevant d'un pouvoir corporatiste peu démocratique, les professionnels seraient peu à peu écartés de la régulation de leur activité au profit d'une alliance État/marché (Demailly, 2012). L'autrice adopte ici, quoiqu'implicitement, le point de vue d'Eliot Freidson (2001), pour qui la profession serait une troisième logique, un mode de régulation concurrent aux deux autres que sont la bureaucratie et le marché et qui permettrait de contenir les effets pervers des deux précédents. Nous mettons cette hypothèse au travail dans la thèse, étudiant d'une part, la construction des *instruments d'action publique* qui président aux réformes auxquelles nous nous intéressons et d'autre part les effets qu'ils engendrent sur les propriétés professionnelles des psychiatres.

L'instrumentation de l'action publique peut être comprise comme « *une manière de structurer un espace d'échanges à court terme, de négociations et d'accords, tout en laissant en touche les enjeux qui sont les plus problématiques* » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 26). Les instruments d'action publique, en tant qu'ensemble de technologies concrètes porteur de représentations normatives, visent la structuration des relations entre la puissance publique et ses destinataires. Loin d'être réductible à un simple substrat des fins poursuivies par l'action publique, l'instrument, en étant saisi par les individus et parce qu'il structure leurs actions, existe en dehors de ses finalités formelles (Hood, 1983). Si l'étude attentive aux conditions de fabrication de l'instrument bénéficie à la compréhension des représentations et des objectifs qui animent les acteurs lors de la confection, l'analyse empirique des usages des instruments contribue à connaître ses effets lors de sa mise en œuvre (Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014). Cette double perspective est empruntée dans la thèse en prêtant attention aux formes très singulières des instruments développés au cours des dernières années pour gouverner l'activité hospitalière de la psychiatrie.

Florent Champy (Champy, 2009 chap. 5) distingue les sources des menaces à l'autonomie des professions à pratique prudentielle : « *une tendance générale au déclin de l'autorité des professionnels, une offensive pour accroître le contrôle managérial sur les professions, un éloignement croissant des lieux de régulation formelle des pratiques professionnelles, qui de nationaux deviennent supranationaux, et une tendance à la normalisation de ces pratiques* » (Champy, 2009, p. 193). Alors que la plupart des travaux qui s'intéressent à l'autonomie professionnelle ont tendance à se concentrer sur l'une de ces évolutions des contextes de travail professionnel, notre travail propose de réunir dans l'analyse deux évolutions sensiblement distinctes. Nous mettons notamment l'accent sur une différence constitutive, que nous entendons déplier dans la thèse. La judiciarisation des hospitalisations sans consentement est

portée par un groupe professionnel, les magistrats, alors que l'introduction progressive des normes gestionnaires dans les établissements psychiatriques met les médecins en relation avec des institutions non professionnelles, les Agences régionales de santé (ARS) en premier lieu. Nous faisons l'hypothèse que cette différence est particulièrement structurante dans la manière dont les instruments pèsent sur l'autonomie des psychiatres et la manière avec laquelle ils s'approprient plus ou moins les réformes lors de leur mise en œuvre.

Placer les juges contre les médecins, tout contre. L'instauration du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement

La loi du 5 juillet 2011 instaure un contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement de plus de douze jours[1]. Par là, elle fait entrer à l'hôpital psychiatrique une logique judiciaire, garante du respect *du droit* et *des droits*, qui apparaissait auparavant moins manifeste. Les juges des libertés et de la détention (JLD) sont chargés, dans cet office, de contrôler la légalité des hospitalisations sans consentement décidées par des psychiatres, avec le concours de l'administration (direction de l'hôpital ou préfet en cas de soins à la demande du représentant de l'État). Les psychiatres, et hôpitaux dans leur ensemble, sont dès lors sommés de respecter un corpus renforcé de règles formelles. Ces règles sont comparables dans l'ensemble à celles qui présidaient aux enfermements non consentis avant la judiciarisation : les psychiatres doivent justifier leur décision auprès de l'administration qui autorise l'hospitalisation et informer périodiquement sur l'état du patient en prenant soin d'attester de la nécessité de poursuivre les soins en hospitalisation complète. Toutefois, par le contrôle judiciaire, ces certificats médicaux obtiennent une publicité nouvelle et sous-tendent le contrôle des décisions médicales.

La décision judiciaire est prise au cours d'une audience, qui se tient le plus souvent dans l'hôpital d'accueil, qui réunit le juge, une greffière et la personne hospitalisée accompagnée d'un avocat (presque toujours commis d'office). Un représentant de l'hôpital est quasi systématiquement présent, cependant il ne représente pas la partie hospitalière à proprement parler, mais participe au bon déroulement de l'audience. Les médecins décisionnaires ne sont pas entendus à l'audience. Le juge des libertés et de la détention juge, sur la forme et sur le fond, si les conditions légales sont réunies pour autoriser à une poursuite des soins au-delà de

[1] Les audiences ayant lieu la plupart du temps une fois par semaine dans les établissements, l'audience a lieu en moyenne entre cinq et six jours après l'admission à l'hôpital.

la date d'audience. Les certificats médicaux (qui respectent aussi des enjeux procéduraux d'identité des signataires et de date principalement) doivent permettre au juge d'apprécier la nature des troubles mentaux de la personne (sans nécessairement énoncer un diagnostic) et que ceux-ci empêchent le consentement de la personne, et enfin que la prise en charge nécessite une surveillance constante sous forme d'hospitalisation complète. En cas d'hospitalisation à la demande du représentant de l'État (SDRE), le critère de trouble grave à l'ordre public est ajouté ; en cas de soins pour péril imminent (SPI), le critère complémentaire correspond à un danger imminent pour la santé de la personne.

Quels sont les effets attendus ou redoutés sur l'autonomie décisionnelle des psychiatres dans le cadre des admissions en soins sans consentement ? L'introduction du contrôle judiciaire des hospitalisations instaure une nouvelle partition de la juridiction des hospitalisations sans consentement (Abbott, 1988). Les médecins sont alors tenus de prendre en compte, dans leurs décisions, des éléments non cliniques liés au respect de la règle de droit. La prise en compte des dilemmes normatifs et du « risque judiciaire » est fréquente en médecine (Heimer, 1999 ; Barbot, 2008 ; Fillion, 2012)[1], mais notre cas trouve son originalité dans la récurrence de l'exposition judiciaire des pratiques décisionnelles des médecins.

Les médecins et les juges partagent des propriétés professionnelles en ce qu'ils sont des représentants paradigmatiques de la pratique prudentielle (Champy, 2009). Le savoir théorique, s'il est nécessaire pour évaluer une situation, s'adosse à une capacité éminemment professionnelle de détermination singulière du cas (Freidson, 1984) et l'expertise (ou expérience) professionnelle, qui rend possible l'*inférence,* ne peut être réduite à une série de formalisations (Abbott, 1988). Ainsi, nous interrogeons la nature interprofessionnelle de ces liens en mobilisant les modèles produits par la sociologie des professions entre concurrence et coopération (voir introduction de la première partie). Sans préjuger de la qualité de leurs relations, nous faisons l'hypothèse que la coordination interprofessionnelle, si elle peut-être source de conflits et de compétition, représente une modalité de contrôle avec laquelle les psychiatres sont à même d'arbitrer, sur des situations singulières ainsi que plus généralement.

[1] Anne Paillet (2007) montre, à l'inverse, que le registre du droit est très peu mobilisé par les équipes soignantes en réanimation néo-natale dans les décisions de réanimation ou d'arrêt des soins.

Le contrôle institutionnel et managérial des pratiques de soins : étudier les modalités de financement de la psychiatrie

Une possible réforme du financement de la psychiatrie est au cœur de controverses depuis 1990. Malgré quelques tentatives menées à l'initiative de l'administration centrale de la Santé et de quelques professionnels, le mode de financement de la psychiatrie n'a pas été substantiellement modifié depuis le milieu des années 1980. Alors que les autres domaines hospitaliers sont financés par un système de tarification à l'activité (T2A) qui a pour principe d'associer un tarif à une pathologie (voir Juven, 2016), la psychiatrie fait l'objet d'une exception dans le système de financement des établissements hospitaliers[1]. À défaut d'une réforme de grande envergure, la modification progressive des modalités d'attributions des budgets hospitaliers aux établissements psychiatriques fait intervenir une série de normes gestionnaires qui viennent, là aussi, réduire l'autonomie professionnelle des psychiatres.

Concrètement, la mise en place, en 2007, d'un outil de recueil de l'activité (Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie, RimP) contraint les équipes de soins à donner de la visibilité à leurs pratiques professionnelles. Les données ainsi recueillies, si elles ne donnent pas lieu à un système de financement de type tarification à l'activité (T2A), participent néanmoins parfois à construire des classements de performance entre établissements. En second, le recours accru au financement sur projets, typique des transformations contemporaines du gouvernement public (Barrier, 2011 ; Jouvenet, 2011 ; Vigour, 2018 ; Epstein, 2020), fait intervenir les instances de régulations, et en premier lieu l'Agence régionale de santé (ARS) dans la planification de l'organisation des soins sur le territoire. Ces deux instruments contribuent à une progressive *économicisation* (Miller et Power, 2013) des activités psychiatriques. Celle-ci se caractérise notamment par le découpage de l'activité de soin en une multitude de micro-unités, auxquelles s'attache une valeur économique (le coût d'une journée d'hospitalisation ou le budget de financement d'un projet). Cette opération rend possible un pilotage rapproché des activités de soins, plus uniquement soumises à la discrétion des acteurs professionnels.

Les classements à la performance et le recours accru au financement par projets font entrer des logiques gestionnaires dans les allocations budgétaires, typiques du « nouveau phénomène bureaucratique » décrit récemment par Philippe Bezes (2020), davantage marqué par la quantification que par l'imposition de règles. Cette transformation s'apparente à l'entrée

[1] Ainsi que les Soins de suite et réadaptation qui n'ont pas été intégrés à la réforme T2A.

de la nouvelle gestion publique à l'hôpital psychiatrique. Quels effets sont portés par la colonisation progressive de l'hôpital psychiatrique par les normes gestionnaires ?

Ces politiques sont souvent décrites comme une réduction de l'autonomie professionnelle des acteurs (Demailly et Autès, 2012). En passant d'une logique de moyens à une logique de résultats, elles ont également pour effet de conduire à un « découplage » entre instruments et pratiques professionnelles (Bélart, 2012 ; Mougeot, 2019). Toutefois, comme l'analysent les auteurs de la très complète revue de littérature sur « *New Public Management* et professions dans l'État » (Bezes et al., 2011), la thèse de l'opposition entre réformes de nouvelle gestion publique et rationalité professionnelle n'épuise pas l'identification des effets portés sur les professionnels et leur travail. En effet, l'installation d'outils de gestion de l'activité permet également d'intégrer les professionnels dans les processus de régulation (Benamouzig et Pierru, 2011).

Les professionnels psychiatres ne sont pas dépossédés de marges d'action dans l'organisation des soins, mais le rapport éminemment institutionnel ainsi entretenu favorise le déploiement de logiques d'action différentes et plus compatibles avec les attentes du régulateur. Ici, c'est l'antagonisme apparent entre logique professionnelle et normes bureaucratiques et gestionnaires qui est interrogé.

Pour mieux saisir le changement impulsé par ces dynamiques relativement récentes, un détour par leur épaisseur historique est essentiel. Dans leurs formes contemporaines, ils ont été envisagés à partir des années 1980, alors que ces enjeux avaient déjà présidé aux premiers débats parlementaires conduisant au vote de la loi de 1838 *sur les aliénés,* qui fonde l'existence légale de la psychiatrie (Landron, 1995), et que des controverses se poursuivent à leur sujet jusqu'à tout récemment. Puisque la psychiatrie reste largement « inconcevable » (*unconveivable*) en dehors des critiques qui sont formulées à son encontre depuis sa fondation, au début du XIX^{e} siècle, et au cours des deux derniers siècles (Miller, 1986, p. 13), nous prêtons une attention particulière aux dimensions critiques des évolutions de la psychiatrie.

Soigner l'institution et les malades : le pouvoir exorbitant du psychiatre

Jusqu'aujourd'hui, le *pouvoir psychiatrique* apparaît si exorbitant qu'il constitue une illustration paradigmatique du contrôle social exercé par des professionnels sur leurs « clients ». La psychiatrie a d'ailleurs conquis son territoire professionnel en interaction avec d'autres appareils de pouvoir, comme la justice et la police – plutôt que par opposition avec d'autres « guérisseurs », comme l'ont fait d'autres segments de la médecine. Plus foncièrement, l'aliénisme s'est imposé, au début du XIX^{e} siècle, comme une institution de référence dans la gestion des populations problématiques en conquérant une autonomie immense, tant du point de vue technique que socio-économique (Freidson, 1984). En effet, tout au long des XIX^{e} et XX^{e} siècles, faire de la psychiatrie c'est avant tout gérer l'institution psychiatrique – alors que les médecins ne rencontrent que très rarement les patients au cours de leur internement. La conception thérapeutique de l'asile se maintient, jusqu'à un renouveau significatif entre les années 1940-1970.

Enchevêtrement des pouvoirs médicaux et administratifs dans la loi de 1838

> « Psychiatry began when a group of enterprising medical reformers argued in the early nineteenth century that madmen ought to be removed from the jurisdiction of the legal authorities and placed under that of the medical profession. Madmen are sick, they said; give them to us and we will cure them. A new theory and therapy justified the shift, and private bodies and state legislatures were soon dotting the countryside with insane asylums. Psychiatry was the profession of the superintendents of these institutions [...] Like teaching and social work, and unlike its parent, medicine, psychiatry thus arose out of an organizational form—the hospital for the insane. » (Abbott, 1988, p. 21-22)

La synthèse du développement de la psychiatrie au début du XIX^{e} siècle aux États-Unis que propose Andrew Abbott s'applique aussi à l'émergence de ce groupe professionnel en France. La psychiatrie y est institutionnalisée par une première loi, votée en 1838, qui met en avant trois principes directeurs : la volonté de retirer un certain type de population aux autorités judiciaires ; la médicalisation de la psychiatrie, c'est-à-dire la construction d'une profession médicale spécialisée dans la prise en charge des affections mentales ou nerveuses, les aliénistes ; et enfin l'essor conjoint de ce groupe professionnel et de son lieu d'exercice privilégié, l'asile (Castel, 1977).

Dès sa fondation, le pouvoir psychiatrique est donc irréductiblement triple. Il concerne à la fois le pouvoir médical, qu'il impose aux aliénés par l'enfermement et les soins, et un pouvoir administratif décliné en deux dimensions. La première dimension du pouvoir administratif tient au mode d'entrée particulier à la psychiatrie : la contrainte aux soins et l'enfermement comme réponse sociale aux troubles à l'ordre public. La seconde dimension du pouvoir administratif touche à la gestion de l'asile. Constitué comme le premier remède à la folie, l'organisation de l'espace et sa gestion ne peuvent être déléguées à un autre corps professionnel.

Comme Paul Starr le développe dans son histoire de l'autorité médicale, au début du XIX^{e} siècle « *increasingly, as mental hospitals shifted from therapeutic to custodial functions, psychiatry became primarily an administrative rather than a medical specialty.* » (Starr, 1982, p. 73). Au contraire des autres spécialités médicales, qui ont fait en sorte de chasser les guérisseurs et autres représentants de la médecine populaire (*folk medicine*) pour se constituer un territoire d'action en propre (Freidson, 1984), les psychiatres, en tant que groupe professionnel, fondent leur capacité d'action en s'arrogeant *licence* et *mandat* d'action (Hughes, 1996) sur une population préalablement prise en charge par la police et les juges (Abbott, 1988)[1].

L'accaparement d'une population n'est pas réalisé par la force. Elle est conduite par des voies institutionnelles. En 1790, l'Assemblée constituante fait paraître un décret définissant que les « *personnes détenues pour cause de démence* » seront visitées par un juge et par un médecin afin qu'il soit décidé d'un traitement à l'hôpital ou d'un élargissement (Castel, 1977, p. 9). Robert Castel (1977) y voit un *déplacement* majeur. En s'insérant dans la controverse révolutionnaire sur la légitimité de la compression des droits et libertés affirmés dans la toute récente Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789, les aliénistes se constituent en point de passage obligé dans l'espace institutionnel moderne, chargés de soigner les personnes et d'orienter leurs trajectoires[2]. L'*intégration dans l'appareil d'État* est rendue possible par la consécration de la notion d'« isolement thérapeutique », comme dérivé de l'enfermement administratif (Castel, 1977, p. 203). La loi du 30 juin 1838 *sur les aliénés*,

[1] Le retrait d'une population du mandat judiciaire, au profit du mandat médical met en place les conditions des relations entre pouvoir judiciaire et pouvoir médical. La fondation de la psychiatrie passe par l'apparition et la légitimation d'une pratique et d'un statut d'expert judiciaire assigné à l'aliéniste. La *discipline* psychiatrique s'est inventée de manière consubstantielle à son usage par l'institution judiciaire (Dumoulin, 2007 ; Foucault, 1961, 2003). Nous y revenons dans la première partie.

[2] Pour une approche contemporaine et comparative (France / États-Unis) de cette fonction d'orientation institutionnelle de la psychiatrie, voir (Barnard, 2019).

détermine précisément l'agencement des pouvoirs qui préside aux internements, en confiant aux aliénistes et à l'administration le soin de procéder aux hospitalisations à travers deux modes de « placements », dont la décision incombe à la famille et au médecin-directeur (placement volontaire) ou au préfet (placement d'office).

L' « *annexion des fonctions administratives au sein de l'hôpital* », comme s'y réfère Robert Castel (1977, p. 156), avait débuté avant la loi de 1838. Faisant valoir que le milieu asilaire constitue la première manière de soigner, les aliénistes obtiennent de l'administration de prendre la tête des asiles d'aliénés.

> « Le médecin doit être en quelque sorte le principe de vie de l'asile d'aliénés. C'est par lui que tout doit être mis en mouvement. Il dirige toutes les actions, appelé qu'il est à être le régulateur de toutes les pensées. C'est à lui, comme au centre d'action, que doit se rendre tout ce qui intéresse les habitants de l'établissement, non seulement ce qui a trait aux médicaments, mais encore tout ce qui est relatif à l'hygiène. L'action de l'administration qui gouverne le matériel de l'établissement, la surveillance que doit exercer cette même administration sur tous les employés, doit être cachée ; jamais le directeur n'en appellera une décision portée par le médecin, jamais il ne s'interposera entre lui et les aliénés ou les serviteurs. Le médecin doit être investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire »
>
> Jean-Étienne Esquirol, « Des maisons d'aliénés », in *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838 (cit. in Castel, 1977, p. 160)

Ce texte de Jean-Étienne Esquirol qui a servi de trame à la loi de 1838 institue la nécessité de laisser le médecin régner sur l'établissement, parce qu'il est capable d'en maîtriser tous les aspects. Cette domination des médecins-directeurs se poursuit jusqu'à la réforme du statut des psychiatres publics de 1968, qui dissocie le statut de directeur de celui de psychiatre[1]. Au cours de cette longue période, la centralité dont jouit l'aliéniste lui permet de développer sa compétence clinique et surtout de l'exercer. Ce n'est qu'à cette condition qu' « *un certain pouvoir médical se déploie à l'intérieur de cette institution comme loi intérieure efficace* » (Foucault, 2003, p. 41). Michel Foucault traite également de cette fonction de « direction » des aliénistes dans les établissements en la comme considérant comme une pierre angulaire de leur pouvoir : « *Cela veut dire, d'abord, que le pouvoir psychiatrique est avant tout une certaine manière de gérer, d'administrer, avant d'être comme une cure ou une intervention*

[1] On trouve dans la thèse de Nicolas Henckes (2007) plusieurs mentions des débats qu'a suscités ce remplacement progressif des médecins-directeurs au profits de directeurs administratifs (voir notamment p.422-432). Dans les années 1940-1950, les directeurs administratifs sont recrutés dans le corps médical. Les professionnels occupaient les postes de direction des hôpitaux d'aliénés après une formation au sein de l'École nationale de santé publique (ENSP).

thérapeutique » (2003, p. 171). Puisque la folie est reconnue comme totale, son institution se construit par mimétisme de manière *totalitaire*. L'aliéniste, éventuellement assisté d'un économe, traite les affaires liées aux finances de l'établissement, soigne les relations avec les familles, les pouvoirs locaux, notamment le préfet et le maire dans le cadre du conseil d'administration, enseigne sa science aux jeunes médecins et encadre les surveillants qui sont auprès des malades. Parallèlement, il opère également les cures des malades.

La psychiatrie entérine dès sa création deux principes fondamentaux : l'incapacité ontologique des personnes atteintes de maladie mentale à consentir aux soins d'une part, et l'enfermement comme mode de traitement d'autre part. Cette situation distingue la psychiatrie du reste de la médecine. Paul Starr (1982), dans son analyse de l'*autorité* médicale, met les croyances et l'opinion publique au centre des facteurs de croissance de l'*autorité culturelle* des médecins. L'autorité est ici définie comme la capacité d'un groupe à imposer la définition la plus juste des catégories et met en jeu deux sources de contrôle concret : la légitimité et la dépendance, qui supposent que le public s'en remette au médecin pour toute une série de décisions. L'autorité sociale et culturelle est d'une nature particulière puisqu'elle engendre la confiance (et non la méfiance ou la peur). Elle favorise ainsi des politiques clémentes du point de vue du contrôle et avantageuses en vue de l'extension de son domaine d'action. C'est enfin, et peut-être surtout, à travers la définition du « public » et à travers la place centrale que cette définition donne aux familles que l'analyse de Paul Starr semble la plus à même de cerner les ressorts du développement de la psychiatrie. Au-delà de l'expertise requise pour traiter la maladie, les gestes de guérison sont suffisamment invasifs pour que les membres de la famille ne puissent s'y plier sans abîmer leur relation avec le malade : « *Effective therapeutic measures frequently require not only difficult and even repellent tasks, such as violating the integrity of the body, but also rechanneling the unconscious urges of some patients to be sick and to be cared for. Their families often cannot handle, indeed may be responsible for such urges – hence the need for some outside party to mediate recovery. Professionnals are ideally suited for this role because they cannot refuse to indulge such tendencies in patients without threatening their relationships with them.* » (Starr, 1982, p. 5). L'institution familiale est donc centrale dans l'émergence de la médecine, puisqu'elle délègue progressivement aux professionnels des tâches auparavant circonscrites à l'espace privé. Ce phénomène de délégation, voire de relégation, est encore plus fort dans le cas des maladies mentales ou nerveuses (voir aussi Foucault, 1961). La loi de 1838 est interprétée par Michel Foucault comme la « *dépossession des droits de la famille à l'égard du fou* » (2003, p. 96). La procédure d'*interdiction* de l'Ancien Régime, maintenue

dans le code napoléonien (voir également Eyraud, 2013), représentait davantage un « *droit familial validé par la procédure judiciaire* » (Foucault, 2003, p. 97). Mais l'internement, en étant conditionné au certificat médical, et pouvant être décidé par le seul pouvoir administratif, cantonne les familles à une position d'instigateur et parfois d'observateur. Progressivement, le milieu familial est élaboré comme pathogène (Carpentier, 2001), et l'internement asilaire propose une solution en coupant le malade de son milieu.

Toutefois, Paul Starr organise son récit autour de la notion de *souveraineté* (*sovereignty*) (il sous-titre son ouvrage « The Rise of a Sovereign Profession »), en la définissant comme la relation dans laquelle l'un (le public) reconnaît explicitement l'*autorité sociale et culturelle* de l'autre (le médecin). Cette relation est mieux marquée par la déférence et la fidélité envers le professionnel que par la violence du groupe médical pour faire accepter sa domination. Michel Foucault en propose une analyse alternative une dizaine d'années plus tôt dans ses Cours au Collège de France (1973-1974) sur le *Pouvoir psychiatrique* (2003). C'est en prenant ses distances avec le modèle du *pouvoir de souveraineté* qu'il caractérise le *pouvoir disciplinaire* de la psychiatrie du début du XIX^{e} siècle. Il définit la *souveraineté* dans ses termes féodaux : le prélèvement de la richesse par le souverain en contrepartie d'un service rendu au sujet. La souveraineté dépend d'une relation d'antériorité qui se réactualise constamment dans de nouveaux échanges. Les rapports de souveraineté s'imbriquent les uns aux autres, en formant une chaîne d'interdépendances longue et serrée – si un des maillons subit une perturbation (soulèvement, cessation de service), cette dernière ne remet pas en cause les autres relations dans la chaîne d'interdépendances. Il oppose à ce pouvoir discontinu et non-individualisé le pouvoir *disciplinaire*, qui se caractérise par une « *prise totale* » (Foucault, 2003, p. 48), une « *procédure de contrôle continu* » (Foucault, 2003, p. 49) et une forte individualisation du sujet dans une série de rapports étroits, qu'il retrouve dans le *pouvoir psychiatrique.* Dans son analyse, où pouvoir et savoir sont inextricables, le régime de vérité, que la psychiatrie parvient à instituer à propos de la folie, repose d'abord sur les dispositifs et les techniques de pouvoir qui organisent le traitement des fous. Les catégories nosologiques qui en découlent ne sont, en ce sens, que des instruments sémantiques visant à sédimenter le pouvoir des psychiatres sur le corps des aliénés. Ian Goldstein (1997) décrit ainsi la psychiatrie du XIX^{e} siècle comme le vecteur d'intégration des savoirs populaires des « charlatans » dans le domaine de la science.

La loi de 1838 réussit donc l'élucidation des tensions entre pouvoirs (médicaux, administratifs, familiaux) et savoirs (médicaux) dans un équilibre qui apparaît toutefois précaire. Elle fait rapidement l'objet de critiques et sa réforme est envisagée dès les années

1860 (Castel, 1977, p. 267-271). Nicolas Henckes (2017) distingue deux phases dans la problématisation de la réforme : de 1860 jusqu'à la fin des années 1880, les républicains et les magistrats souhaitent une protection élargie des personnes très vulnérables par un complexe administratif et judiciaire qui pourrait prendre la forme d'une administration tutélaire pour compléter le dispositif asilaire ; à partir des années 1890, au moment du tournant social de la III^e^ République (voir Topalov, 1999), des médecins réformateurs mettent davantage l'accent sur le besoin de soins spécialisés et le devoir d'assistance envers une population vulnérable. Ces oppositions se poursuivent sous des formes renouvelées dans toute la première moitié du XX^e^ siècle (Castel, 1977, p. 283 et suivantes ; Foucault, 2003, p. 61-62) et se trouvent à nouveau réactivées au décours de la Seconde guerre mondiale.

Quand les psychiatres ouvrent l'asile. Le nouveau moment de problématisation du pouvoir psychiatrique

La Seconde guerre mondiale est une épreuve particulière pour la psychiatrie. Aux États-Unis, les psychiatres trouvent une place centrale dans le système de conscription militaire (Starr, 1982, p. 344-346). En France, l'histoire retient surtout le lourd tribut humain payé par les personnes prises en charge dans les asiles d'aliénés (Bueltzingsloewen, 2002). Au sortir de la guerre, un groupe de « jeunes psychiatres » s'engage dans la redéfinition de l'institution (Henckes, 2007) à tel point que « *réformer l'institution psychiatrique devint une manière de pratiquer la psychiatrie* (*a way of doing psychiatry*) » (Henckes, 2011, p. 165). Lentement, l'hôpital psychiatrique entame sa transformation vers une prise en charge moins centrée sur l'hôpital. La circulaire du 15 mars 1960 *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* entérine les principes d'un suivi des soins privilégiant des alternatives à l'hospitalisation grâce à la création de dispensaires d'hygiène mentale, d'hôpitaux de jour, de foyers de post-cure et d'ateliers protégés : « *ce principe consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure* ». L'impulsion de cette circulaire résulte avant tout de nouvelles manières de penser et de soigner promues par les professionnels de la psychiatrie, mais également d'un changement plus institutionnel, porté notamment par l'Organisation mondiale de la Santé (Henckes, 2009b). Si la circulaire prévient que la mise en œuvre sera ralentie par des « *difficultés matérielles* »

(puisqu'il s'agit non seulement de construire et d'investir une pluralité de nouveaux lieux, mais également de convaincre les acteurs des territoires), elle n'est pas marquée par le souci économique. La déshospitalisation, en marche dans d'autres pays d'Europe et en Amérique du Nord (Goodwin, 1997), poursuit d'abord un objectif d'ouverture, avant d'être une solution de réduction des coûts.

La transformation progressive des lieux et des modes de soins fait émerger une critique institutionnelle antipsychiatrique à laquelle les professionnels prennent une part importante. En cause, la vétusté de ses équipements et les conditions de traitement des malades, ainsi que la prééminence du pouvoir psychiatrique. Les psychiatres avec l'aide des administrateurs de la Santé parviennent en effet, à travers le secteur, à imposer leur domination sur une population et constituent un « marché fermé » des soins psychiques. « *The ideal of the market presumes the "sovereignty" of consumer choices; the ideal of a profession calls for the sovereignty of its members' independent, authoritative judgment* » (Starr, 1982, p. 23). Par cette invention, les psychiatres convertissent ainsi leur autorité professionnelle en pouvoir économique. Un pouvoir politique local leur est également confié dans l'élaboration du projet réformateur, qui place le psychiatre chef de secteur au cœur de l'organisation sur le territoire. Il réinvestit les fonctions plurielles du médecin, comme grand ordonnateur des relations entre l'hôpital et l'extérieur. Le chef de secteur est celui qui lie des relations avec les institutions scolaires, militaires, sociales, économiques, familiales, etc. en dehors de l'établissement, afin de structurer et contrôler le tissu social du patient.

Plus foncièrement, c'est l'institution psychiatrique comme espace de catégorisation des personnes qui est remise en cause en même temps que d'autres institutions « totalitaires » comme l'armée, la prison ou même l'école. Les œuvres d'Erving Goffman (1968) aux États-Unis et de Michel Foucault (1961) en France, quoiqu'éminemment différentes, tant du point de vue de leur objet que de leur ton, participent à construire un environnement de plus en plus contestataire. Les soulèvements de l'année 1968 n'ont pas épargné la psychiatrie (voir Coffin, 2015 ; Guedj-Bourdiau et Gourevitch, 2019). Le Groupe information Asiles (GIA), formé autour de Michel Foucault en 1972, à partir d'un ensemble contestataires disparates de personnes plus ou moins proches des expériences en psychiatrie, est rejoint par de jeunes psychiatres qui s'engagent pour pratiquer autrement. Autour des figures de François Tosquelles et de Jean Oury, la psychothérapie institutionnelle devient le nouvel idéal des années 1970.

La médicalisation du psychisme et des comportements déviants (Castel, 1981), comme mise en savoir des jugements moraux, inspire volontiers les travaux critiques des diagnostics

de maladie mentale (Szasz, 1961), regroupés sous le terme de *labelling theory* (Scheff, 1974 ; Link et al., 1989 ; Link, Mirotznik et Cullen, 1991 ; Thoits, 2005). Cette source de critiques ne s'est pas tarie dans les décennies suivantes. Ian Hacking (1995) a développé de manière assez fine comment l'apposition d'un diagnostic sur une personne agit de manière rétroactive par une « boucle classificatoire » (*looping effects*) sur son comportement. Il propose que le malade s'adapte aux attentes qu'il perçoit à partir du diagnostic. Dans une formulation plus positive, mais tout aussi performative, Samuel Lezé (2013) perçoit comment l'attribution d'une « identité morale » en rapport avec la maladie permet également à la personne d'être réinscrite dans une trajectoire après une période de trouble. Ces approches sont fécondes pour ne pas saisir les savoirs psychiatriques au premier degré et rester attentifs aux conditions à la fois social, politique et économique de leurs évolutions. Du reste, les travaux qui mettent le doigt sur la performativité des classifications diagnostiques (Lovell et al., 2011) nous semblent particulièrement pertinents lorsqu'ils les mettent en regard avec les trajectoires des patients « étiquetés ». Alexander Barnard (Barnard, 2019), dans une recherche comparative des systèmes de prise en charge des troubles mentaux graves en France et aux États-Unis, reconstruit « l'ordre sous-jacent » *(underlying order)* des trajectoires des personnes dont l'inscription institutionnelle plus ou moins durable (santé, justice, aide sociale) dépend d'une catégorisation qu'elles ne maîtrisent pas et qui est spécifique aux contextes nationaux construction du sujet.

Dans la période d'après-guerre, les nombreuses découvertes médicales[1] entraînent la médecine dans un mouvement d'expansion sans précédent, favorisant en même temps le développement d'un discours critique sur la définition médicale de la déviance : « *From this core of scientific discovery grew a vague halo of authority that encouraged the wholesale extension of medical definitions of deviance into areas of behavior previously managed by religion and law*. » (Freidson, 1970, p. 249). Les approches critiques relatives au pouvoir médical tout entier et les remises en cause de son efficacité adviennent d'ailleurs à partir des critiques portées à la psychiatrie (Herzlich et Pierret, 2010 ; Starr, 1982, p. 409). Un ensemble de travaux critiques évalue ainsi la médecine comme une trajectoire institutionnelle, professionnelle et technique, qui poursuit une extension de son domaine d'action par la découverte voire la construction de nouveaux problèmes auxquels elle identifie des solutions. Le recours aux classes sociales a inspiré des travaux d'origine marxiste visant à décrire la

[1] Les premiers psychotropes sont mis au point à la fin des années 1940 et dans les années 1950 en France (Henckes, 2016a).

médecine comme un système de domination bourgeoise et capitaliste (Navarro, 1976, 1980). Ivan Illich (1975), en prenant la médecine comme un exemple parmi d'autres institutions d'après-guerre, explore la « contre-productivité » de l'institution sanitaire comme premier agent pathogène dans les sociétés modernes. Des approches, toutefois moins frontales, évoquent également la participation de la médecine à une pathologisation croissante de la société. Les tests génétiques sur les nouveaux-nés ont été analysés comme un moyen de structurer d'un groupes de malades potentiels ou *patients-in-waiting* (Timmermans et Buchbinder, 2010). La collusion entre les sphères scientifiques et financières, *via* les industries pharmaceutiques, engendre une multiplication ou une promotion des maladies (*disease mongering*) (Moynihan, Heath et Henry, 2002).

Plus récemment, la critique disciplinaire est mise en retrait au profit d'un déplacement vers celle de l'hégémonie des notions d'individualisme et d'autonomie, qui, prises dans un contexte néolibéral, interviennent dans la « formation des subjectivités » (Miller et Rose, 1986 ; Rose, 2007 ; Miller et Rose, 2008) et la « programmation de l'efficience » (Castel, 1981). Avec elles, c'est tantôt la performance (Ehrenberg, 2005) tantôt l'injonction au bonheur (Illouz, 2006 ; Cabanas et Illouz, 2018) qui sont pointées du doigt comme des facteurs explicatifs du développement de la dépression dans une société où les possibilités sont à la fois illimitées et bien peu maîtrisables (Ehrenberg, 2008).

Ces lignes de force critiques, bien qu'elles ne naissent pas dans les années 1960, contribuent largement aux volontés de réforme sur la psychiatrie. L'ouverture de l'asile donne lieu peu à peu à la construction d'un système psychiatrique difficilement déchiffrable (Henckes, 2016b) et en proie à des accusations constantes. Pour comprendre toutefois la forme des changements qui vont lui être appliqués, il convient de desserrer la focale de la seule question de la psychiatrie et ses critiques pour observer dans quel contexte institutionnel elles sont imaginées.

Contre-pouvoirs et changement institutionnel : les instruments de l'administration du désordre

Les réformes que nous étudions, la réforme progressive des modes de financement de la psychiatrie et l'encadrement judiciaire des hospitalisations sans consentement répondent à des enjeux différents, mais elles partagent un même objectif de remise en cause de l'autonomie des

médecins psychiatres pour penser, transformer et gérer l'institution. Suivant une approche attentive aux dimensions institutionnelles comme conditions du changement dans un champ donné (DiMaggio et Powell, 1983 ; Bergeron et Castel, 2016), celui de la psychiatrie, il convient de le circonscrire dans un environnement institutionnel plus large. Depuis les années 1960, le contexte antipsychiatrique, la transformation des modalités de régulation des systèmes de santé, ainsi que l'accentuation de l'attention portée aux droits des personnes pèsent directement sur les réformes conduites par les différents gouvernements en matière de psychiatrie.

Organiser et financer le système de santé

La structuration progressive des systèmes de santé, accélérée au milieu du XX^{e} siècle (Starr, 1982 ; Hassenteufel, 1997 ; Palier, 2005 ; Bergeron et Castel, 2014), résulte de dynamiques interventionnistes visant à mettre la santé et l'accès à la santé au centre des préoccupations de l'État social (Domin, 2002). En France, la « Charte hospitalière » du 21 décembre 1941 (voir Vichard, 2007) et la création du corps des directeurs d'hôpital procèdent moins d'une volonté de retirer la gestion de l'établissement aux médecins qui y étaient déjà peu présents[1], ou au maire qui dirige la commission administrative, que de doter l'hôpital de règles de gestion modernes qui accompagneraient l'hôpital dans sa transformation d'un lieu de bienfaisance à un espace technique, scientifique et professionnel dédié aux soins des malades (Schweyer, 2006). Alors que les directeurs d'hôpital affirment leur place (augmentation en nombre et multiplication des équipes de direction, spécialisation des fonctions), dans les établissements psychiatriques, les médecins-directeurs ce cèdent véritablement leur place à des directeurs administratifs issus de l'École nationale de santé publique (ENSP) qu'au tournant des années 1970 (Castel, 1977, p. 160 ; Schweyer, 2005).

Après la période des années 1940 aux années 1960, qui a vu des grands progrès de la science médicale et le développement et la structuration de l'offre hospitalière, notamment grâce à la généralisation du « prix de journée » pour financer les hospitalisations (Bouinot, 2004), l'État souhaite davantage contrôler ce qui se passe dans *ses* hôpitaux. Peu à peu acquis au principe économique d'*efficience*, l'État français entreprend de l'appliquer aux soins de

[1] Le temps-plein n'est instauré à l'hôpital qu'en 1958. Avant cela, nombreux sont les médecins qui exercent, en parallèle des consultations hospitalières, une activité libérale parfois au sein-même de l'établissement hospitalier.

santé, avec l'appui méthodologique et normatif des économistes de la santé et des spécialistes de la gestion (Benamouzig, 2005 ; Miller et Rose, 2008). Ce mouvement est bien orchestré par une double logique à la fois cognitive, mieux connaître les pratiques médicales, et économique, s'assurer de l'adéquation des moyens aux fins poursuivies.

L'émergence du « régime d'innovation biomédical », permis par l'alliance des sciences, de la technologie et du marché et marqué par l'intervention de l'État dans sa formulation française, marque une rupture (Gaudillière, 2002). Les efforts de déploiement de *conventions* qui sous-tendent la biomédecine jettent les bases des conditions de production d'une « objectivité régulatoire » (Cambrosio, Keating et Bourret, 2007 ; Cambrosio et al., 2009), typique de l'entreprise de normalisation et de régulation de l'activité scientifique amorcée dans les années 1980 par les États et le marché (Frickel et Moore, 2006). Cette identification de règles générales pour l'action permet une régulation exogène des pratiques thérapeutiques. Peu à peu, l'autorité médicale dans le choix des thérapeutiques, son « autonomie technique », entendue comme la prégnance du savoir clinique acquis par l'expérience sur les savoirs théoriques (Freidson, 1984), se trouve fissurée par un encadrement croissant des pratiques par un ensemble de normes d'origine professionnelle (Berg, 1995) et bureaucratique.

Si les médecins mobilisent les protocoles à l'intérieur de la profession comme appuis pour forger des décisions collectives, notamment dans le cas du cancer (Castel, 2008), le développement des recommandations de bonnes pratiques à la fin du XX^{e} siècle (Timmermans et Berg, 2003) se distingue toutefois des manuels d'ordre strictement professionnel en ce qu'ils permettent aux professionnels de justifier leur action auprès des non-professionnels (Berg et al., 2000 ; Castel et Merle, 2002). La protocolisation des décisions thérapeutiques, sous-tendue par la référence aux guides cliniques, n'écrase pas pour autant la nécessité d'une maîtrise d'ordre clinique dont toutes les dimensions peuvent simultanément coexister (Urfalino et al., 2001). De surcroît, l'appropriation de cet impératif par un segment de la profession permet de garantir la légitimité clinique des productions (Robelet, 2001 ; Castel et Robelet, 2009 ; Rolland et Sicot, 2012). Le fonctionnement de la Haute autorité de santé (HAS), créée en 2004 (à partir d'avatars plus anciens de l'évaluation en santé) procède de ce mouvement : promue comme une institution caractéristique d'un mouvement d'ouverture, à la fois administrative et professionnelle, la HAS prend, dans les faits, davantage la forme d'un redéploiement de la dominance médicale dans la régulation des pratiques en santé (Benamouzig et Besançon, 2005).

Les réformes d'ordre plus résolument gestionnaires et économiques agrégées comme relevant de la nouvelle gestion publique, dont l'instauration de la Tarification à l'activité est

l'emblème (Moisdon, 2012 ; Juven, 2016), n'impliquent pas non plus une érosion du pouvoir des médecins ou de l'autonomie professionnelle. Au contraire, à bien des égards, les professionnels se trouvent nouvellement « intégrés » dans un modèle bureaucratique, plutôt que laissés au-dehors (Robelet, 1999 ; Benamouzig et Pierru, 2011). Eliot Freidson en reprenant plus récemment ces travaux sur la profession médicale a également identifié les recompositions liées à leur exercice dans les organisations comme relevant davantage d'une re-stratification de la profession que d'un déclin médical (Freidson, 2001). En France également, il apparaît que les réformes gestionnaires et comptables ne s'installent pas à l'hôpital sans le concours de quelques professionnels rompus à leur logique et/ou dominés par ailleurs sur le plan clinique et qui cherchent par là une autre forme de reconnaissance professionnelle (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2013).

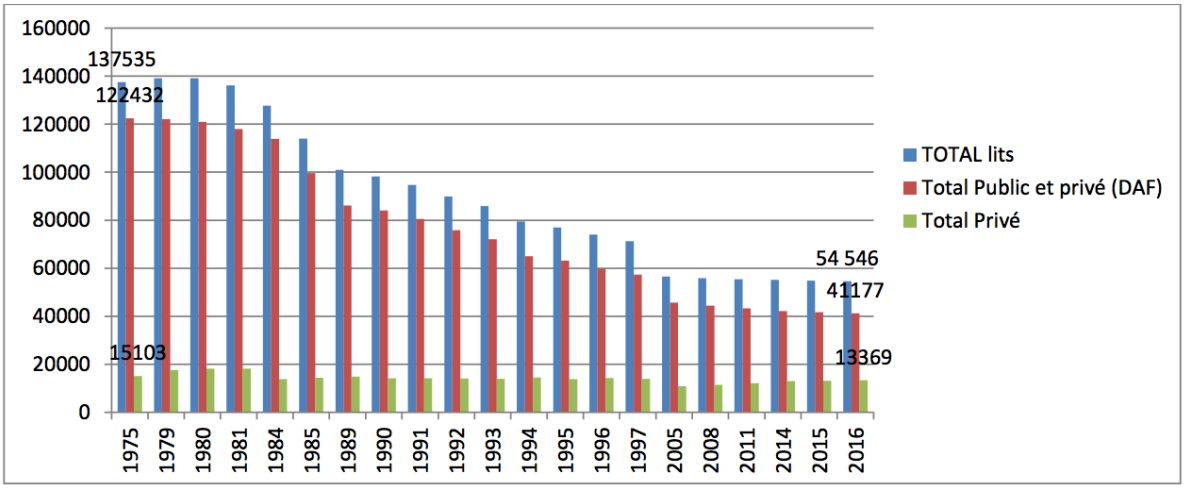
En psychiatrie toutefois, le mouvement de rationalisation n'a pas pris autant d'ampleur que dans d'autres spécialités médicales, notamment parce qu'on distingue mal dans les années 1980-1990 les professionnels intéressés par ce déploiement. La psychiatrie est caractérisée par un « éclatement » clinique (Dodier et Rabeharisoa, 2006) qui met en échec les tentatives de standardisation des pratiques, en témoignent les controverses suscitées par l'expertise menée à l'initiative de l'INSERM sur trois approches psychothérapeutiques en 2004 (Le Moigne, 2008, 2015). Les débats récurrents sur les classifications nosographiques (Kirk et Kutchins, 1998 ; Mayes et Horwitz, 2005 ; Adam, 2012 ; Minard, 2013 ; Brun et al., 2015), qui se sont peu implantées en France, rendent compte d'une résistance caractéristique des professionnels de la psychiatrie à s'approprier des classifications *ad-hoc*. La mobilisation d'outils de « mesure du trouble mental » (Le Moigne, 2018) participe à transformer les pratiques médicales à la marge, alors que les psychiatres privilégient davantage une approche largement clinique dans laquelle la singularité du malade et de la relation ne permettent pas de s'en remettre à des critères d'évaluation du soin extérieurs à la relation thérapeutique (Velpry, 2008). Les psychiatres sont plus prompts à définir des modes d'action au sein desquels l'incertitude sur le résultat est partie intégrante du processus clinique (Brossard, 2013 ; Legrand, 2020). Le « monde psy » (Dodier et Rabeharisoa, 2006) se fragmente ainsi entre des professionnels qui investissent la biomédecine pour recherche la cause génétique de la maladie mentale (Rabeharisoa, 2006 ; Bourret et Rabeharisoa, 2008) ou les dimensions cérébrales de la maladie psychique (Rose, 2006, 2019) et des psychiatres qui privilégient un travail de configuration relationnelle alliée à la prescription de médicaments (Jacqueline, 2006). Dans ce cadre très pluraliste, la normalisation des pratiques achoppe sur la diversité des manières de faire le soin. Depuis le

milieu des années 2000, quelques initiatives parviennent toutefois à intéresser des psychiatres encore très minoritaires, notamment autour des Évaluations de pratiques professionnelles (EPP) développées par la HAS dans le cadre des accréditations des établissements (Devineau et Mossé, 2012).

L'autre impulsion caractéristique d'une période un peu plus récente est l'intégration croissante des professionnels dans des organisations où se croisent plusieurs types de logiques, notamment managériales (Bezes et al., 2011 ; Abbott, 2016 ; Evetts, 2018). En promouvant, notamment par des incitations financières, l'intégration des professionnels dans des structures organisationnelles de soins pluriels qui peuvent prendre la forme de réseaux de soins, plus ou moins structurés (Bercot, Coninck et Harmathèque, 2006 ; Bergeron et Castel, 2010), ou bien de maisons pluri-professionnelles de santé où l'intégration des professionnels est plus conséquente (Moyal, 2019, 2020), l'État favorise la normalisation des pratiques professionnelles en même temps qu'il accroît l'interdépendance des professionnels à l'institution, en tout premier lieu l'Assurance maladie. Dans ce cadre, la médiation par d'autres professionnels de la relation à l'institution, autorise des usages stratégiques et collectifs des normes institutionnelles, qui amoindrissent leur caractère bureaucratique.

La psychiatrie est ambivalente de ce point de vue puisque l'autonomisation du champ du handicap en 1975 a pour effet de retirer une part majeure du travail d'accommodement pris en charge par l'hôpital psychiatrique, au profit d'une coopération précoce avec des structures et des professionnels médico-sociaux externes et épars (Henckes, 2009a ; Velpry et Eyraud, 2014). Elle conserve, toutefois, son espace propre pour l'action, l'hôpital psychiatrique, qui favorise, par ailleurs, très peu les liens avec les autres segments de la médecine. Progressivement, la délégation de la fonction d'hébergement aux structures médico-sociales conduit à une décrue des lits d'hospitalisation, amorcée dans les années 1980.

Graphique 29 : Evolution des lits en psychiatrie générale ces quarante dernières années.



Source : Voir données recueillies par la mission en fin d'annexe

Source : Rapport de l'IGAS (Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier), 2017, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 » (Tome 2, p. 170).

Dans ce cadre, le regard de la recherche a davantage porté sur la coordination du soin à l'extérieur de l'hôpital. La psychiatrie « de secteur » a été bien décrite (Velpry, 2008), ainsi que les enjeux de la coordination avec les professionnels du médico-social (Marquis et al., 2010 ; Bloch et Hénaut, 2014 ; Coron, 2017) et les initiatives d'accès au logement avec accompagnement (voir Moreau et Laval, 2015), même si les travaux manquent encore de notre point de vue pour décrire les enjeux particuliers à l'articulation entre groupes professionnels particulièrement inégaux (profession médicale et travail social notamment) (voir Marques, 2010) ou encore entre secteur psychiatrique public et fournisseurs de soins libéraux sur le territoire.

La question que nous posons ici, en nous centrant sur les modalités de régulation de la psychiatrie, est un peu différente et se pose à un niveau légèrement supérieur à celui de l'observation des pratiques concrètes de coopération. Dans le prolongement d'autres travaux monographiques, notamment sur les universités (Musselin, 1997, 2014 ; Paradeise, 2010), qui s'interrogent sur les changements opérés dans une profession à mesure que son espace de travail se modifie et devient une organisation, nous cherchons à identifier les déplacements produits par une régulation qui est de plus en plus exogène au groupe professionnel. La question des modalités de financement et de son volume est intimement lié à celle de l'organisation des soins psychiatriques. Poursuivant un effort organisationnel, avec la loi du 31 décembre 1985 notamment qui dote la sectorisation d'une existence légale, le ministère de la Santé déplore de ne pas pouvoir compter sur des données fiables et des connaissances consensuelles en

psychiatrie. Cette préoccupation suscite les premières réflexions sur la manière dont il faudrait financer la psychiatrie, entendu que depuis le milieu des années 1980, une dotation annuelle de financement ou dotation globale est versée aux hôpitaux (qui ont ensuite la charge de distribuer cette enveloppe entre les différentes structures). Cette source de financement fermée et récurrente est rapidement critiquée pour son manque de dynamisme et son incapacité à accompagner le développement d'activités alternatives à l'hospitalisation. Progressivement, les institutions de régulation, le ministère de la Santé et les Agences régionales de santé (ARS) introduisent des normes de gestion dans la reconduction des budgets hospitaliers. Elles prennent des formes variées et poursuivent l'objectif d'adapter les financements aux objectifs de santé promus, non plus par les psychiatres hospitaliers, mais par les institutions de régulation. Partant, elles dessaisissent progressivement les médecins de leur capacité autonome à imaginer et organiser les soins sur un territoire.

Encadrer les asymétries et le discours des droits : le cas paradigmatique de la contrainte aux soins en psychiatrie

Les critiques de la médecine comme « entrepreneur de morale » ou « contrôle social » de la déviance restent une tradition vive en sciences sociales (Carricaburu et Ménoret, 2004). Cette approche est renouvelée notamment par une analyse des inégalités sociales de santé au prisme d'une relation de soins construite à partir des rapports de classe (Boltanski, 1971 ; Gelly et Pitti, 2016 ; Marichalar, 2016 ; Morel, 2016) et de cultures (Nacu, 2011). Au-delà, des formes de contestations explicites et au concret de la capacité de la médecine à traiter la maladie se développent. Ces critiques sont notamment énoncées par des usagers du système de santé, la crise du Sida les ayant portés au devant des revendications pour obtenir une reconnaissance et organiser la recherche des traitements (Barbot, 2001 ; Dodier, 2003 ; Dalgalarrondo, 2004, 2007). L'entrée des personnes soignées dans la régulation du système de santé est parfois sous-tendue par une demande de coopération avec les professionnels, comme dans le cas de l'Association française contre les myopathies qui intervient dans le domaine de la recherche (Rabeharisoa et Callon, 1999). Une autre forme de contestation, plus discrète cette fois, vise à contourner la sphère médicale en développant, sans son concours, des savoirs concurrents sur la maladie. L'apport des savoirs de type expérientiel, développés par exemple par les « entendeurs de voix » (Gardien, 2018) ou les « connaissances profanes approfondies » développées par des parents d'enfant autiste (Méadel, 2006) s'effectue ainsi dans les marges, voire en opposition à l'institution psychiatrique portée par les médecins. Des formes

d'appropriations de ces contestations par l'institution s'observent également. C'est le cas de la notion de « rétablissement » qui émerge dans des mouvements d'ex-patients aux États-Unis et s'implémente dans une version appauvrie et opérationnalisée dans les politiques publiques suisses en santé mentale (Linder, 2018).

Les formes variées d'asymétrie ou de domination de la personne par un ensemble de normes à la fois professionnelles et institutionnelles tendent à être maîtrisées et contrôlées par le développement de dispositifs de reconnaissance des droits des personnes usagères du système de santé. La participation croissante des usagers dans le système de santé et la promotion de la « démocratie sanitaire » conduisent les patients à être davantage acteurs de leur prise en charge dans tous les domaines médicaux (Routelous, 2008 ; Bureau et Hermann-Mesfen, 2014). Passant notamment par l'activation des droits devant les tribunaux pour faire reconnaître un préjudice, la « dynamique des victimes » (Barbot et Fillion, 2007) rend compte du renouvellement récent des formes d'engagement des associations de patients qui participent à « judiciariser » les erreurs médicales et les préjudices dont l'affaire du sang contaminé a constitué un moment clef pour l'analyse (Carricaburu, 1993 ; Barbot et Fillion, 2007 ; Fillion, 2009). À partir de l'observation des modes d'appropriations variés des « dispositifs de réparations » (Dodier et Barbot, 2009 ; Barbot, Winance et Parizot, 2015), judiciaires ou non (Barbot et Dodier, 2015), par les personnes reconnues victimes, Janine Barbot et ses collègues dégagent les « modes de raisonnement et de mise en cause » mobilisés par les plaignants dans le but d'apaiser leurs souffrances.

Plus largement, un discours des droits apparaît dans la seconde moitié du XX^{e} siècle, poussant les États à développer, faire reconnaître et garantir les droits des citoyens (Scheingold, 1974 ; Baudot et Revillard, 2014, 2015). Dans cette perspective, la règle de droit agit comme un *instrument* dans une visée rationalisatrice de l'action publique (Bessy, Delpeuch et Pélisse, 2011 chap 3 ; Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014). Comme d'autres, cet instrument est porteur de valeurs normatives au sujet des réalités sociales qu'il entend gouverner – ici la contrainte aux soins en psychiatrie et l'enchevêtrement des pouvoirs qui y préside. Par le truchement du droit, la puissance publique institue une relation avec les personnes qui y sont soustraites et agit sur leurs comportements. Le droit, jouissant d'une légitimité particulière dans la régulation de l'activité sociale (Weber, 2008), est ainsi caractérisé par une forte capacité de changement[1].

[1] Voir la très complète revue de littérature sur le droit et le changement social (Talesh et Pélisse, 2019).

Alors que les modes de placement contraint à l'hôpital psychiatrique font l'objet de controverses depuis la fin du XIX[e] siècle, l'exception psychiatrique se maintient longtemps. Le débat sur les asymétries de pouvoir se concentre ainsi principalement sur l'espace, à géométrie variable, de la contrainte et de l'enfermement (Foucault, 1961 ; Goffman, 1973). Le psychiatre Thomas Szasz poursuit une entreprise de décrédibilisation du savoir psychiatrique en soutenant que la psychiatrie toute entière se trouve dans une impasse irréductible puisqu'elle est fondée, techniquement et légalement, sur l'exercice de la contrainte physique et l'écrasement du consentement aux soins (2009). L'enfermement psychiatrique constitue un domaine où, de manière croissante, *s'enchevêtrent les régulations* issues de sources normatives plurielles (Collectif Contrast, 2015). Dans la première partie de la thèse, le contrôle des hospitalisations sans consentement est exploré au prisme de sa récente transfiguration judiciaire. Au-delà de l'enfermement, d'autres formes de contrainte, plus ou moins à distance du corps du patient, sont pratiquées aujourd'hui en psychiatrie. Le recours à la chambre d'isolement et la contention physique (le fait d'attacher le patient au lit) résultent d'un « *certain arbitrage entre les tensions normatives entre soin, sécurité et liberté* » (Moreau, 2015) sans cesse réactualisé dans les pratiques professionnelles et leurs régulations croissantes. Plus récemment, l'instauration du dispositif des programmes de soins réactive les débats sur un déploiement de la contrainte à l'extérieur de l'espace strictement hospitalier (Marques, Saetta et Tartour, 2016 ; Moreau et Marques, 2020).

La question de la judiciarisation n'est en rien nouvelle dans la controverse au sujet des modes de placement en psychiatrie et se trouve sans cesse réactivée dans une série de projets de loi tout au long du XX[e] siècle. L'accroissement du contexte régulatoire national et international au milieu du XX[e] siècle ne conduit pas à l'instauration du contrôle judiciaire des enfermements. Le droit français reste longtemps prudent sur la question du consentement aux soins jusqu'au célèbre arrêt Teyssier rendu en janvier 1942 par la Cour de cassation et qui fixe le principe du « respect de la personne humaine »[1] (Bergoignan-Esper, 2011). Bien que des services libres soient progressivement implantés à partir des années 1920 (Rhenter, 2010), il faudra attendre 1990 pour que la loi reconnaisse l'opportunité d'être soigné en soins *libres* en psychiatrie. La loi dite Kouchner du 4 mars 2002 instaure enfin légalement le principe du

[1] A la suite d'un accident de la circulation, une des personnes blessées présentent des fractures pour lesquelles deux types de soins peuvent être envisagés. Le médecin prend la décision de pratique une ostéosynthèse (traitement de la fracture par pose de vis et plaque en interne) sans recueillir l'avis du patient. Suite à une infection, le patient est amputé de l'avant-bras quelques mois plus tard.

consentement libre et éclairé[1] aux soins, et place ainsi la psychiatrie en position d'exceptionnalité également du point de vue de la règle de droit applicable à la médecine.

Pourtant, ce n'est pas sur le principe du consentement aux soins que la judiciarisation est finalement mise en place en 2011, mais sous l'impulsion d'une décision d'inconstitutionnalité quant à l'enfermement. En répondant à une Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posé par une personne hospitalisée, le Conseil constitutionnel invoque l'article 66 de la Constitution de la République française : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ». Le Parlement est alors contraint de modifier les dispositions relatives aux hospitalisations sans consentement, et introduit un contrôle par un juge des libertés et de la détention des décisions de maintien en hospitalisation sans consentement au-delà de douze jours. La thèse étudie la difficile mise à l'agenda (Kingdon, 1984) de la judiciarisation des hospitalisations dans consentement, puis explore les deux espaces principaux de sa mise en œuvre : la confection des dossiers de contrainte et l'audience JLD. Nous soutenons que la relation éminemment interprofessionnelle de la régulation des décisions de contrainte aux soins permet d'euphémiser le potentiel intrusif de ce contrôle judiciaire.

Au-delà de sa valeur descriptive, la thèse met au travail une hypothèse prospective formulée plus ou moins explicitement dans de puissants travaux sur la psychiatrie d'après-guerre notamment en France (Castel, 1981 ; Henckes, 2007) et en Angleterre (Sedgwick, 1982 ; Miller et Rose, 1986) selon laquelle la psychiatrie d'après les années 1980 aurait assimilé voire domestiqué la critique antipsychiatrique formulée à son encontre dans les années 1960 et 1970. Comme Luc Boltanski et Ève Chiapelllo font *« jouer à la critique un rôle moteur dans les changements de l'esprit du capitalisme* » (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 71), nous entendons, d'une part souligner les aptitudes de la psychiatrie à surmonter les contradictions qu'elle génère et d'autre part saisir la nature des aménagements professionnels, institutionnels et organisationnels qui s'opèrent afin de discipliner les critiques qui lui sont opposées.

[1] La notion de consentement *éclairé* se rapporte à l'information nécessaire du patient.

Terrains et méthodes : réinvestir la dimension hospitalière de la psychiatrie

La recherche empirique a exploré une variété d'espaces, à la fois professionnels et géographiques, dans des contextes relativement différents. Nous avons pour cela opté pour une présentation circonstanciée des enquêtes dans le corps des chapitres pour ne pas alourdir cette introduction générale. Nous présentons toutefois à grands traits quelques axes forts de la méthodologie : la dimension hospitalière de la psychiatrie d'abord, ainsi que l'approche multi-niveaux des régulations qui la traversent.

Les objets de régulation sur lesquels porte la thèse sont strictement délimités à l'intérieur de l'espace hospitalier, bien qu'en suivant leur mouvement, ceux-ci nous guident irrémédiablement vers l'extérieur. Le contrôle judiciaire systématique porte en effet exclusivement sur les hospitalisations sans consentement à temps plein[1]. Par la détermination du maintien en hospitalisation ou de la levée des soins, le juge participe à ce jeu de dedans/dehors sans cesse actif à l'hôpital. Le financement de la psychiatrie est perçu et centralisé par l'hôpital qui distribue, dans un second temps, les budgets à ses structures extrahospitalières. Nous verrons que pour obtenir des budgets pour l'hôpital, l'établissement doit montrer sa détermination à les utiliser en dehors de celui-ci. D'une manière générale, c'est sur l'hôpital que pèsent les régulations, et au niveau de l'établissement que celles-ci sont répercutées, adaptées aux différents lieux où le soin est procuré.

Nous avons privilégié l'hôpital spécialisé également parce qu'il apparaît selon nous comme l'archétype d'une organisation complexe à gouverner du point de vue du régulateur. La psychiatrie publique est exercée dans une pluralité de contextes : dans des secteurs rattachés à des hôpitaux spécialisés (ce que nous avons privilégié), dans des secteurs rattachés à l'hôpital général, dans des services « intersectoriels » qui proposent souvent une action spécifique ou une spécialisation sur un type de pathologie et enfin les services de psychiatrie dans les Centres hospitalo-universitaires. Ces lieux renvoient à des manières différentes de concevoir et de pratiquer la psychiatrie. Nous avons privilégié l'observation d'une psychiatrie de secteurs rattachée à des établissements spécialisés[2] qui est caractérisée par un faible plateau technique

[1] Les patients pris en charge en programme de soins ne relèvent pas du contrôle judiciaire dit « de plein droit ». Toutefois le patient en programme de soins ou son entourage peut saisir également saisir le juge des libertés et de la détention.

[2] En 2014, on dénombre 88 établissements publics spécialisés en psychiatrie, qui totalisent un peu plus de 25 000 lits d'hospitalisation.

et une population soignée particulière. En effet, le choix des objets, et partant de l'espace hospitalier, emporte une série de conséquences quant au public de l'enquête, tant du point de vue des patients que des professionnels et des pratiques de soins observés.

Cette thèse réinvestit la dimension hospitalière du soin psychiatrique. La déshospitalisation, dont les modalités propres et les effets en France ont fait l'objet de nombreux travaux (Henckes, 2007 ; Velpry, 2008 ; Coldefy, 2010 ; Marques, 2011), ne doit pas masquer la place toujours colossale de l'hospitalisation. En 2013, plus de 7 millions de personnes en France ont eu recours à des soins de santé mentale, soit 13% de la population ayant eu recours au système de santé cette année-là. Les dépenses associées sont estimées à 21,3 milliards d'euro, soit 15% des dépenses d'assurance maladie relatives à des pathologies identifiées (Bousquet, 2016). En 2019, 60 000 lits de psychiatrie ont accueilli près de 340 000 patients pour des durées de séjour très variables. La durée moyenne de séjour de 55 jours cache des écarts importants (ATIH, 2019) puisque plus de 12 000 patients totalisent près de 300 jours d'hospitalisation par an (Coldefy et Nestrigue, 2014). L'hospitalisation, en établissements publics ou privés représente 9,4 milliard d'euros, soit 12% du volume de financement de l'Assurance maladie dédié aux établissements de santé et près de la moitié des dépenses sanitaires liées à la santé mentale[1].

Les personnes suivies en psychiatrie qui bénéficient d'une phase hospitalière (à l'hôpital public) souffrent le plus souvent de « troubles mentaux graves ». Pour reprendre les mots de Livia Velpry, « *la notion de gravité renvoie au fait que les troubles ont eu des conséquences majeures et durables sur l'ensemble de la vie de la personne (famille, amis, études, travail, ressources, statut juridique, lieu de vie…)* » (2008, p. 57). Les patients suivis en psychiatrie publique présentent dans l'ensemble des pathologies peu souvent traitées en psychiatrie privée ou libérale ou sous des formes plus graves (pour la dépression par exemple) (Cases et Salines, 2004, 2010). Lors de la phase hospitalière d'un parcours de soins (qui peut également contenir des périodes à l'extérieur de l'hôpital) les symptômes sont généralement plus prégnants (Berenguer, 2018).

Livia Velpry se réfère à l'hôpital psychiatrique comme à « un terrain "tout constitué" » (2008, p. 47). Du point de vue spatial, l'hôpital est en effet plus aisément abordable que les multiples structures éclatées sur un territoire et répondant à des normes très hétérogènes (types

[1] Ces chiffres sont issus du Panorama de la Drees sur les établissements de santé, édition 2019. Ce document est à retrouver au lien suivant : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf.

de professionnels, horaires, populations accueillies…). Toutefois, l'hôpital psychiatrique est loin d'être une unité homogène. Les différents services ou unités hospitalières au sein d'un même établissement présentent des caractéristiques très spécifiques et sont loin de « produire le soin » de manière similaire. Les unités de soins se distinguent par des idées inégales du soin, les routines sont fortement sédimentées à l'échelle du service y compris concernant les prescriptions médicamenteuses, la collaboration avec des professionnels paramédicaux (psychologues, psychomotriciens, éducateurs, etc.), l'organisation du temps ou encore le profil de patients accueillis. Le terrain hospitalier a enfin tendance à mettre le médecin au centre de la stratégie thérapeutique, puisque les temps dédiés aux métiers « auxiliaires » comme les psychologues restent non seulement limités, mais également soumis à l'autorisation médicale.

L'hôpital n'est pas habité par les seuls professionnels du soin. Autour d'eux, une pluralité de professionnels travaille à le faire fonctionner. Au plus près des unités de soins, les secrétaires médicales sont un rouage essentiel de la bonne tenue de l'établissement. Elles garantissent, particulièrement dans la mise en œuvre du contrôle judiciaire des hospitalisations, que le service de soins et l'hôpital répondent aux impératifs extracliniques. Elles sont ont en lien direct avec la direction pour les enjeux administratifs constitutifs de la pérennité du service. Dans une large mesure, elles garantissent également les relations de l'hôpital avec l'extérieur en étant à l'interface avec d'autres institutions pour faire circuler des documents qui rendent possibles les prises en charge (lettres de liaison, comptes-rendus d'hospitalisation, etc.).

La direction de l'établissement et ses services support, comme la Département d'information médicale (DIM), chargé de produire les données relatives à l'activité des établissements, forment un ensemble hétérogène. Les directeurs et directeurs adjoints sont entourés par le Directeur des affaires financières (DAF) et le Directeur des ressources humaines (DRH), souvent titulaires du même diplôme de directeur d'hôpital. La hiérarchie de la branche soignante de l'établissement est représentée par la Direction des soins. Les médecins dépendent d'une hiérarchie interne à la profession et plus fluide qui prend la forme d'une Conférence médicale d'établissement (CME), consultée pour la plupart des décisions qui concernent l'établissement.

Nous avons enquêté dans quatre établissements publics et spécialisés. Les établissements sont comparables. Il s'agit dans chaque cas d'établissements spécialisés en psychiatrie construits sur un modèle pavillonnaire situés à proximité des centres-ville, facilement accessibles en transport commun. Ils disposent chacun d'une capacité se situant entre 500 et

700 lits et desservent entre 8 à 15 secteurs adultes. Les noms des établissements[1] et des enquêtés ont été modifiés afin d'anonymiser les terrains d'enquête et les enquêtés.

Une enquête de deux mois au CHS Paris a été menée en 2015, structurée autour de la prise de décision et la mise en œuvre des hospitalisations sans consentement. Pour cela, une première phase ethnographique de 6 semaines a été menée dans le service d'urgences. Une quarantaine d'entretiens d'entrée a été observée, auprès des médecins et des infirmiers, ainsi qu'une vingtaine de séances de transmission ou *staff* au cours desquelles l'équipe d'urgence formalise des prises de décision. Des entretiens ont également été effectués, mais ceux-là ne sont pas explicitement mobilisés dans la thèse. À la suite, 2 semaines d'ethnographies ont été menées dans un service d'hospitalisation fermé, où la plupart des patients hospitalisés étaient pris en charge sans leur consentement. Nous avons observé 8 réunions de transmission entre professionnels ainsi que le travail des secrétaires médicales du service et de l'établissement pendant 4 journées.

En 2018, une enquête sur les audiences a été menée au CHS du Rhône. Nous y avons observé 6 séances d'audience soit 92 cas traités. Un entretien a également été effectué avec le cadre responsable des entrées, chargé de représenter l'établissement lors des audiences. Dans la juridiction du CHS du Rhône, des entretiens formels ont été menés avec 3 avocats, 2 juges et 1 greffière, en plus des échanges informels constants avec les professionnels judiciaires lors des audiences.

Une troisième enquête par entretien s'est étendue de 2015 à 2019 dans la région Aquitaine, avec des professionnels du CHS Agnès Masson[2] (N=5) et des professionnels de la

[1] Les établissements de psychiatrie portent souvent le nom de psychiatres devenus célèbres aux XIX^{e} et XX^{e} siècles (le CH Jean-Étienne Esquirol à Limoges, le centre Gérard Marchant à Toulouse, le centre Henri Ey en Eure-et-Loire, le centre François Tosquelles à Saint-Alban ou encore le CH Philippe Pinel d'Amiens n'en sont que quelques exemples). Nous avons souhaité dans ce travail participer à visibiliser également le travail de femmes particulièrement importantes pour la discipline en renommant les deux établissements principaux de nos enquêtes des noms de deux d'entre elles, Madeleine Pelletier et Agnès Masson.

[2] Agnès Masson, née Chiarli en 1900 en Italie a fait des études de lettres et de médecine en France. Elle effectue une partie de son internat dans un asile jurassien. Elle soutient sa thèse en 1929 et est admise au concours du médicat en 1933, devenant ainsi la première femme médecin-directrice d'un hôpital psychiatrique. Elle dirige d'abord la maison de santé départementale de Saint-Alban en Lozère puis celle de la Haute-Vienne. Elle se spécialise à ce moment-là sur la prise en charge des enfants et de ce que l'on nommera plus tard la « périnatalité » et prend solidement position pour une humanisation des traitements aux personnes hébergées dans les asiles en travaillant notamment la relation entre les malades et les soignants. Pendant la guerre, elle conduit des activités dans la Résistance sans abandonner son activité médicale. En 1944, elle est nommée à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne et s'engage dans le mouvement de réforme de l'hôpital psychiatrique auprès des « jeunes psychiatres », sans jamais faire

tutelle Agence régionale de santé (N=9). Des sources écrites relatives aux allocations budgétaires des années 2014 à 2019 ont été recueillies. Dans cette région, les acteurs professionnels d'une structure d'appui à la qualité ont été rencontrés (N=3), ainsi que la responsable d'une association de formation en santé mentale.

Enfin, une quatrième enquête a été menée collectivement au CHS Madeleine Pelletier[1], en région parisienne, dans le cadre d'un projet de recherche sur le développement des activités de pharmacie clinique dans un établissement spécialisé en psychiatrie en région parisienne[2]. Au cours de cette enquête, 40 journées d'observations ont été menées à la pharmacie et dans un service de soins, l'unité Camille Claudel. Des entretiens ont également été menés avec des médecins et professionnels de soins (N=28), des pharmaciens et membres du pôle pharmacie (N=8), et des membres de la direction de l'établissement (N=6). Dans cet établissement également, les audiences JLD ont été observées à 5 reprises, soit 55 cas de patients.

La thèse portant sur les modalités de régulation de l'activité hospitalière, l'enquête a dépassé le strict cadre hospitalier. Les tribunaux, particulièrement dans la juridiction du Rhône et celle dont dépend le CHS Madeleine Pelletier, ont ainsi été visités et des entretiens formels et enregistrés ont été menés auprès des juges (N=4), des avocats (N=4) et du service du greffe

---

partie du groupe. Elle s'engage également politiquement au sein de la Section française de l'internationale ouvrière (SFIO) où elle fonde la *Revue de la femme socialiste* en 1946. La fin des années 1940 sont un moment de tumultes politiques et professionnels. Engagée dans l'aile gauche du parti, elle finit par le quitter durablement en 1948 au profit du Parti socialiste unitaire. Entre 1947 et 1953, elle subit une série de mises à pied, qui s'entremêlent avec des demandes de mise en disponibilité. Elle finit sa carrière à Cadillac, l'asile d'hommes d'Aquitaine jusqu'en 1955.

[1] Madeleine Pelletier (voir Bard et Coffin, 1992 ; Maignien, 1997) est née Anne Pelletier en 1874 dans une famille modeste à Paris. Elle étudie l'anthropologie puis la médecine. En 1904, elle devient la première femme interne en psychiatrie puis la première femme diplômée en psychiatrie. En 1906, elle est initiée franc-maçonne. Elle s'engage en politique d'abord à la SFIO puis au Parti communiste jusqu'en 1925. Elle est notamment très engagée pour le droit de vote des femmes, et se présente même à une élection législative en 1910 (sa candidature est invalidée par le Conseil d'Etat). Ses autres combats vont du côté d'une distinction entre sexe et genre ainsi qu'une lutte pour l'éducation des femmes. En 1937, un accident vasculaire cérébral la rendant hémiplégique la force à ralentir ses combats politiques. En 1939, elle est accusée par lettre anonyme d'avoir pratiqué un avortement. Elle ne comparait pas au procès, auquel elle est déclarée par expertise psychiatrique « nocive à l'ordre public et à a sécurité des personnes » et est placée d'office dans l'asile du Vaucluse, où elle décède quelques mois plus tard à l'âge de 65 ans.

[2] Le projet « Décloisonnement des organisations et renégociation des places des acteurs du soin : analyser les effets du développement des activités de pharmacie clinique en psychiatrie générale » a été réalisé grâce au financement « Innovation organisationnelle » offert par la Fondation Hospitalière de France (FHF) obtenu en 2018. Il a été réalisé sous la co-direction d'Étienne Nouguez (CSO, Sciences Po) et Delphine Moreau (Arènes, EHESP), avec Camille Lancelevée (CSO, Sciences Po à l'époque). Les résultats de cette recherche ne sont pas explicitement exposés dans le manuscrit (une synthèse est fourni dans les annexes méthodologiques).

(N=1). Les Agences régionales de santé (ARS) ont constitué un lieu d'intérêt particulier. Dans la région Île-de-France, nous avons rencontré les conseillers juridiques (N=2) ainsi que plusieurs personnes chargées du développement de la politique de santé mentale (N=4). Dans la région Aquitaine, notre intérêt a porté sur les personnes chargées du financement des structures (N=4) et les référents santé mentale (N=4). En parallèle, des entretiens ont été menés avec des personnes en charge de la politique de santé mentale au ministère de la Santé (N=6), à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (N=1), à la Haute autorité de santé (HAS) (N=2), à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (N=1), avec un député et un conseiller d'État, dans les fédérations d'établissements (N=2) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (N=3).

Des sources écrites ont également été dépouillées. En premier lieu, des sources réglementaires, législatives et les rapports législatifs, d'Inspection et ministériels ont été utilisées. Des dossiers de contrainte, et notamment les certificats médicaux, ont été récoltés auprès des services de soins et des avocats. Les notes internes des ARS et celles envoyées aux établissements ont enfin constitué un matériau majeur pour comprendre les modalités d'attribution concrètes des budgets hospitaliers.

Annonce du plan

La thèse s'ouvre sur un chapitre liminaire visant à présenter le régime proprement clinique de l'activité psychiatrique hospitalière. Nous entrons dans deux services de psychiatrie, l'un d'urgence et l'autre d'hospitalisation. À travers la restitution d'une anthropologie des pratiques psychiatriques, nous entendons rendre visible le contenu de l'activité psychiatrique sur lequel les régulations que nous abordons dans la suite du travail entendent agir. L'*indétermination* de la clinique (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977) est décrite à travers quelques-unes de ces caractéristiques : son caractère essentiellement *narratif* qui décrit et interprète les signes cliniques de la maladie par des mots qui ne se réduisent pas au diagnostic, l'appréhension extensive du malade dans son environnement pour prendre des décisions thérapeutiques réalisables et enfin le faible outillage technique (hormis les configurations sémantiques) de la recherche de connaissances, les modalités collectives de résolution des incertitudes.

La thèse est ensuite organisée en deux grandes parties portant sur chacun des objets de régulation étudiés. Dans la première partie nous explorons une modalité de régulation de l'activité psychiatrique spécifique : le droit et la justice, à travers une réforme dite de judiciarisation des hospitalisations sans consentement qui instaure un contrôle judiciaire des maintiens en hospitalisation sans consentement. Dans la période récente (depuis les années 1980), la systématisation des recours judiciaires aux enfermements psychiatriques par l'action organisée des usagers, couplée à une mobilisation du droit visant une rationalisation interne du droit parviennent à instaurer un contrôle judiciaire des mesures de contrainte a posteriori. La réforme de 2011, en automatisant la saisie du Juge des libertés et de la détention (JLD) redonne une place apparemment prépondérante au pouvoir judiciaire puisqu'il est tenu de statuer sur la légalité des hospitalisations prononcées administrativement au plus tard au 12e jour de la mesure (chapitre II). L'organisation bureaucratique du travail installée dans le but de mettre en œuvre le contrôle judiciaire aboutit à la construction d'un agencement institutionnel faisant coopérer l'hôpital et le tribunal pour le respect de la procédure et euphémise le caractère contraignant du contrôle pour les médecins (chapitre III). L'observation des audiences JLD conduit enfin à conclure à un « retournement » du dispositif d'accès aux droits contre les patients, dans lequel la logique professionnelle partagée des juges et des médecins parvient à domestiquer ou délégitimer les plaintes du patient (chapitre IV).

La seconde partie traite des régulations gestionnaires et économiques qui pèsent sur le système de santé mentale en les analysant comme une mise en économie singulière des activités psychiatriques. Le cinquième chapitre explore la persistance des indécisions autour de la réforme de financement de la psychiatrie, qui aboutit à la confection d'un recueil de l'activité en psychiatrie (RimP) en 2006, ne donnant pas lieu à financement (chapitre V). Le dernier chapitre explore comment un gouvernement de la psychiatrie par ses financements est tout de même activé à partir des années 2010 au niveau régional. En nous concentrant sur les dimensions proprement instrumentales de l'allocation budgétaire par les agences régionales de santé, nous montrons comment une réforme organisationnelle de la psychiatrie est rendue possible en l'absence de réforme de fond de son système de financement (chapitre VI).

Chapitre liminaire : Des mots sur des maux : le *régime narratif d'objectivation* de la clinique psychiatrique

Introduction

Dans ce chapitre introductif, nous poussons les portes des services de psychiatrie dans lesquels nous avons enquêté pour appréhender la clinique à partir d'une ethnographie du travail psychiatrique. Comment sait-on en psychiatrie ? Comment « *le patient et la maladie mentale* [sont-ils] *constitués en objet de connaissance et de pratiques* » (Velpry, 2008, p. 41) au cours des interactions hospitalières ? Cette question guide notre visite des lieux et la présentation des acteurs que nous y avons rencontrés au cours des cinq années qu'a duré ce travail doctoral. Nous entendons par là présenter ce qu'est l'activité en psychiatrie afin de faire apparaître ce sur quoi les réformes que nous abordons dans la suite de la thèse ambitionnent d'agir.

Encadré méthodologique : enquêter sur les pratiques cliniques

Les données relatives au travail clinique des médecins et des soignants paramédicaux à l'hôpital psychiatrique ont été recueillies au cours d'une série d'ethnographies. Nous analysons dans ce chapitre les données recueillies au cours de deux séquences principales d'observation. Elles ont été complétées par des entretiens avec les professionnels de ces services ainsi que d'autres professionnels de la psychiatrie.

Afin de donner à voir la manière dont les professionnels d'un service psychiatrique recherchent et sélectionnent des informations pertinentes, ainsi que les modalités de construction et agencement des savoirs à partir de celles-ci, nous privilégions l'analyse des situations de patients « entrants » (voir Velpry, 2008, p. 102‑105). Ces situations nous permettent d'accéder plus directement dans les techniques de recherche de signes symptomatiques.

L'enquête principalement mobilisée dans ce chapitre a duré une année, au sein d'un établissement de la région parisienne, le CHS Madeleine Pelletier. Divers espaces institutionnels ont été visités au cours des 50 journées d'observation. Les données utilisées pour ce chapitre sont principalement tirées des journées passées dans l'unité d'hospitalisation du service que nous appellerons Camille Claudel. La journée type d'observation consistait à participer au staff du matin, puis à la visite des patients en chambre d'isolement. Lorsque les médecins acceptaient notre présence, nous allions par la suite suivre un à deux entretiens médicaux dans la matinée puis observions l'administration des médicaments par l'équipe infirmière le midi. Nous avons également passé plusieurs heures dans la salle de soins avec l'équipe infirmière, au cours desquelles beaucoup de discussions informelles sur les patients et leur travail ont pu avoir lieu.

Une ethnographie de six semaines dans un service d'urgences psychiatriques d'un établissement parisien, à raison de 3 à 5 jours par semaine, a été menée au printemps 2015

(urgences psychiatriques, du CHS Paris). Nous avons observé une quarantaine d'entretiens d'entrée avec l'équipe paramédicale et médicale ainsi que des moments d'échange informels entre infirmier référent et psychiatre et sous une forme plus formalisée au cours des staffs du matin.

Des entretiens ont été menés avec les professionnels de chacun des services (N=6 aux urgences et N=4 au service Camille Claudel). Des entretiens menés avec d'autres professionnels du CHS Madeleine Pelletier et ailleurs sont également mobilisés dans ce chapitre.

Nous proposons une approche anthropologique de la clinique en donnant la primauté à l'observation des pratiques et des acteurs en action – par opposition à une perspective sur les savoirs qui approche le terrain par les institutions[1]. Nous prenons au sérieux les recommandations de Bruno Latour quant à l'observation d'une activité, à savoir « *regarder d'abord les mains, les yeux et le contexte matériel de ceux qui savent* » (Latour, 1987, p. 83), ainsi que de Clifford Geertz dans sa traduction française : « *si l'on veut comprendre ce qu'est une science, il faut se tourner en premier lieu, non vers ses théories ou ses découvertes, et encore moins vers ce que les apologistes en disent, il faut observer ce que font ses praticiens* » (Geertz 1998 : 3).

Nos observations révèlent une certaine *indétermination* (*indeterminacy*) (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977) de la clinique psychiatrique. Selon les auteurs l'indétermination « *refers to a variety of tacit and private knowledge that is personal property of the practitioner. It cannot be wholly explicit* […] *Unlike "techniques", such means of production are not transmissible by means of public and formal methods* » (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977, p. 247). L'explicitation du travail clinique dépend alors largement des regards et des points de vue. La clinique psychiatrique se construit dans les interactions multiples que l'on observe à l'hôpital, l'interaction patient-professionnel n'étant qu'une des modalités d'interactions pertinentes pour la constitution du régime clinique. Les échanges interprofessionnels ou avec l'entourage au sujet du patient fournissent un corpus d'éléments cruciaux pour décrire le travail clinique.

[1] Livia Velpry (2008, p. 41-44), en reprenant la critique portée par Albert Ogien (1989) aux approches sociologiques de la maladie mentale, regrette le caractère *totalisant* des travaux relatifs à la psychiatrie. Tendant à « *assimiler théorie et pratique* », l'institution psychiatrique y apparaît comme un lieu homogène tant du point de vue des savoirs, que des pratiques ou encore des organisations. Au contraire, nous souhaitons ici rendre hommage à la pluralité des formes et des lieux d'actions cliniques. Nous rattachons ensuite « *les catégories du jugement dégagées à partir de l'analyse des pratiques à des courants plus larges* » (Velpry, 2008, p. 45).

Encadré : Objectiver la folie et la maladie mentale au XIXe siècle, la constitution d'une science médicale

L'objectivité se rapporte à une réalité extérieure à son observateur et son commentateur. Objectiver c'est faire de quelque chose un objet, le séparer de son observateur. Cette capacité à extérioriser les connaissances et leurs objets de leur contexte de production est au cœur de la définition de la science depuis le début du XVIIIe siècle (Daston et Galison, 2012). Il n'existe toutefois pas une unique forme d'objectivation des connaissances.

Dans le domaine médical comme dans d'autres, le mode d'objectivation de la maladie est relatif à un contexte. Michel Foucault en fait une archéologie dans Naissance de la clinique (1963). Dans cet ouvrage, il entreprend d'identifier par quelles mutations, par quels glissements techniques et sémantiques le regard et le discours, qui sous-tendent le savoir médical, prennent des formes rationnelles progressivement à partir milieu du XVIIIe siècle. À l'orée du XIX^{e} siècle, l'expérience médicale localise le mal dans le corps et entame une « pensée classificatrice ». L'objectivation de la folie à la fin du XVIII^{e} siècle agit comme condition de possibilité de la psychiatrie (Foucault, 1961, 1963, 2003 ; Gauchet et Swain, 1980). L'asile, en permettant une diminution des menaces que représente la folie, permet également de l'observer et ainsi d'en faire un objet de connaissance[1]. Les débuts de l'aliénisme sont fortement marqués par une volonté de ce groupe professionnel de s'imposer comme des médecins de l'aliénation mentale et s'approprier les méthodes de connaissance médicales. Les techniques de savoir se sont perfectionnées, au cours des XIX^{e} et XX^{e} siècles, principalement autour des modes de classifications des maladies. Les travaux de l'historien Volker Hess et ses collègues (Hess et Mendelsohn, 2010 ; Hess et Ledebur, 2011 ; Hess et Mendelsohn, 2014 ; Guenther et Hess, 2016) montrent, à travers l'analyse des notes écrites et des dossiers médicaux produits dans les établissements psychiatriques, comment ces *inscriptions* constituent les traces matérielles de l'expansion de la connaissance médicale sur les maladies mentales.

Du point de vue des méthodes, alors que la plupart des médecines se rapprochent et entrent dans le corps du patient plus précisément par l'imagerie médicale, la chirurgie ainsi et le développement de la biomédecine (Gaudillière, 2002 ; Keating et Cambrosio, 2003), les aliénistes puis les psychiatres laissent progressivement le corps pour se concentrer sur l'esprit à partir de l'après-guerre – comme en témoigne la scission en deux spécialités distinctes de la psychiatrie et de la neurologie en 1968. La distanciation qui s'opère entre le médecin et le malade mental est rendue enfin possible dans les années 1950 par le concours de la prescription de neuroleptiques, permettant une action *à distance* sur le corps du patient.

[1] On retrouve ici les trois fonctions de l'asile. En plus d'une fonction sécuritaire, puisque l'enfermement et la surveillance permettent de limiter les menaces que représente la folie, et d'une fonction de soins visant à rendre le malade à la société en meilleur état, l'organisation spatiale et professionnelle de l'asile a une fonction de « laboratoire » pour accumuler des observations dans un même espace. « *Ainsi se met en place la curieuse fonction de l'hôpital psychiatrique du XIX^{e} siècle : rectangle botanique où les espèces de maladies sont réparties en des préaux dont la disposition fait penser à un vaste potager* » (Foucault, 2003, p. 345). On pourra ainsi ajouter aux laboratoires, bibliothèques et collections (Latour, 1996) les hôpitaux, qui, en un même lieu, donnent à voir une multitude *réductions* des maladies. Voir également (Haustgen, 2013) pour le développement des savoirs cliniques dans les hôpitaux psychiatriques au XIX^{e} siècle.

À partir de nos ethnographies et des entretiens menés avec des professionnels, nous analysons le raisonnement clinique plutôt que le soin à visée thérapeutique. Partant, nous observons comment les médecins prennent des décisions thérapeutiques, davantage que leur mise en œuvre. Nous montrons que la clinique psychiatrique se fonde avant tout sur un régime d'objectivation d'ordre narratif utilisant des mots, au détriment des chiffres ou des images, pour décrire les comportements pathologiques des personnes prises en charge. De manière certainement trop schématique, mais utile à la présentation, nous distinguons le temps du recueil des données ou d'accumulation des preuves (A) et celui de l'administration de la preuve, c'est-à-dire de configuration argumentative des éléments pathologiques reliés à des prises de décision cliniques (B).

A. Techniques de l'écoute et du regard : accumuler des preuves

Comment se fonde la connaissance d'un cas en psychiatrie ? Quels sont les éléments constitués en « symptômes » pertinents ? La connaissance d'un cas et les éléments qui la sous-tendent comportent des dimensions spatiales, temporelles et organisationnelles. Toutes les connaissances ne se valent pas, elles sont distribuées selon une hiérarchie de la légitimité et de la crédibilité des acteurs qui portent cette connaissance, dont le médecin référent demeure le plus souvent le principal ordonnateur. Dans cette section nous observons la constitution de cette hiérarchie à travers à l'observation des techniques de recherche et d'accumulation de la preuve pathologique.

Par opposition à des pratiques que l'on opère dans d'autres spécialités médicales où l'observation est médiée par des outils techniques sophistiqués comme des tests sanguins ou génétiques, les examens diagnostiques en psychiatrie sont largement guidés par l'observation directe et l'écoute des patients. On distingue trois sources d'informations sur l'état du patient qui permettent au médecin et à l'équipe de se forger un avis sur la maladie et la personne : l'entretien clinique (1), l'observation de son comportement (2) et la prise en compte de sources issues de tiers (3). Ce travail de recueil de données au sein des unités psychiatriques est rendu possible par la division du travail clinique (4).

1) L'entretien clinique

« *La parole est l'objet de préoccupation de mes interlocuteurs* » écrit Samuel Lézé au sujet des psychanalystes (2010, p. 272). Il en va de même pour les psychiatres, dont certains d'ailleurs pratiquent également la psychanalyse même si les analyses conduites à l'hôpital respectent très imparfaitement les canons de la psychanalyse[1].

> « Ça fait pas mal d'années que j'exerce la psychiatrie. J'ai dû commencer en 1979 [...] à cette époque-là, il y avait qu'une religion qui était la psychanalyse lacanienne ! Ça, c'est le cadre de ma formation. […] En fait, j'ai toujours exercé à l'hôpital, ce qui est d'ailleurs une première contradiction, bien évidemment, parce qu'on n'y exerce pas la psychanalyse. »
>
> Dr Constantine, psychiatre, CHS Madeleine Pelletier, octobre 2018

De manière décalée par rapport à l'étymologie du terme *clinique*, qui renvoie au lit du malade, l'entretien est ainsi qualifié alors qu'il s'effectue le plus souvent dans un « bureau médical ». L'entretien est la technique la plus utilisée pour obtenir des informations sur le patient, ses symptômes, l'historique de la maladie, ses conditions de vie, etc. Sous les apparences d'une simple discussion entre un patient et l'équipe médicale (le médecin psychiatre est souvent accompagné d'une infirmière), les entretiens sont menés avec des techniques spécialisées pour permettre aux médecins d'obtenir les informations qui les intéressent.

Encadré : Le service Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier

Le service Camille Claudel du CHS Madeleine Pelletier est situé au rez-de-chaussée d'un bâtiment neuf. On y entre par deux portes battantes qui restent presque toujours fermées et dont l'ouverture requiert l'activation d'un badge et une clef. Ce service dépend d'un secteur et accueille des patients en soins libres et en soins sans consentement. Vingt chambres individuelles parsèment un très long couloir dont les couleurs aux murs sont vives, ainsi que plusieurs salles collectives aux fonctions précises (télé, repos, téléphone, ordinateur…) et deux salles de consultations auxquelles les membres de l'équipe se réfèrent comme des « bureaux médicaux » (ce sont en fait des salles d'examen, alors que les bureaux des médecins sont situés plusieurs étages au-dessus, dans une autre aile de l'établissement). Ce long couloir se termine sur une courette extérieure de 40m^2 environ où des bancs accueillent principalement les fumeurs, soignants comme patients. Le service dispose de deux espaces appelés salles de soins : l'une sert effectivement à prodiguer des soins aux patients (prise des traitements, tension, température…) et l'autre est une salle de réunion où se retrouvent des professionnels lors des moments de transmission notamment. Cette seconde salle est

[1] Sur l'introduction de la psychanalyse à l'hôpital psychiatrique voir (Eyraud et Velpry, 2011).

vitrée, mais la multiplication de collages hétérogènes sur les vitres (des documents officiels, des dessins et des cartes postales) permet d'occulter les soignants du regard des patients.

Une réunion d'équipe se tient à 9h pour faire le point sur tous les patients hospitalisés, les sorties et les entrées. Trois autres moments de transmissions dites infirmières émaillent la journée aux trois horaires de roulement des équipes : 7h du matin, 13h, puis 19h. Les soignants passent beaucoup de temps dans la salle de soins assis autour de la table, souvent lorsque l'un d'eux utilise l'ordinateur pour reporter les notes cliniques au sujet d'un patient, faire des commandes à la pharmacie, etc. Il est difficile de voir les médecins, qui ne restent pas dans le service, mais vont et viennent entre des consultations et leurs bureaux plusieurs étages au-dessus. Dans ce service, tous les soignants portent des blouses blanches, c'est une exigence de la cadre de santé. Les patients sont tantôt « en civil », tantôt en pyjama lavable et parfois jetable.

Le *raisonnement clinique* est toujours un processus circulaire par lequel le médecin attribue un traitement (médicamenteux ou non) à partir d'une observation (en passant par l'hypothèse diagnostique). Les résultats produits par le traitement de première intention peuvent influencer une deuxième hypothèse clinique et conduire éventuellement à un changement de traitement. Ainsi, il est particulièrement délicat de différencier les actes dits diagnostiques des actes proprement thérapeutiques. L'entretien est un bon exemple d'acte médical qui vise tant à l'examen de la situation et de son évolution, qu'au soin directement. S'il est aisé de reconnaître que les entretiens d'entrée sont des moments d'évaluation de l'état de santé quasi exclusivement, ainsi que de mise en confiance pour le début de l'hospitalisation (les praticiens évoquent le « travail sur l'*alliance* thérapeutique »), les entretiens médicaux hebdomadaires ou bihebdomadaires des patients hospitalisés ont souvent cette double fonction.

On observe que les médecins mettent en œuvre des stratégies discursives différentes au cours des entretiens cliniques. S'ils respectent un canevas général commun, chacun met l'accent sur des facteurs différents lors de l'entretien d'entrée qui révèlent une série d'éléments constitutifs de leur pratique.

Entretien avec Dr Varoufis (service Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier), avril 2019

Enquêtrice : Est-ce que vous pouvez me décrire un entretien classique, le type de questions que vous posez ?

Dr Varoufis : On commence par pour quelles raisons, il est ici, l'histoire, qu'est-ce qui s'est passé, par exemple le dernier jour, comment il est arrivé. Toujours, on doit poser des questions liées à la psychose, à l'humeur.

Enquêtrice : C'est-à-dire les questions liées à la psychose, c'est quoi ?

Dr Varoufis : S'il entend des voix, s'il est persécuté, s'il y a des crises délirantes. Moi, j'ai l'habitude d'aller selon les critères, ces critères sont anciens, ils ne sont pas nouveaux, les critères de la schizophrénie. Après les critères de l'humeur.

Enquêtrice : L'humeur, c'est pour savoir si on se sent bien, si on est triste ?

> Dr Varoufis : Voilà, s'il est déprimé…
>
> Enquêtrice : Et après ?
>
> Dr Varoufis : Après, je demande s'il y a la consommation de toxiques, des addictions, s'il a des antécédents psychiatriques, hospitalisations, les traitements qu'il a, des antécédents psychiatriques familiaux, des antécédents somatiques, s'il a des problèmes somatiques, vie sociale. Le complet, c'est comme ça on va dire. Après, c'est la vie personnelle, où il est né, qu'est-ce qui s'est passé. Mais si on a le temps, on fait tout ça.

Dr Varoufis s'intéresse principalement aux symptômes du patient, en lui demandant de les décrire. Il élargit ensuite à l'environnement en insistant sur les éléments qui, selon lui, influent particulièrement sur les symptômes (toxiques, addictions, antécédents). Ce médecin a suivi sa formation médicale dans différents pays d'Europe et se reconnaît dans une approche biologique de la psychiatrie. Cette appartenance épistémique explique sans doute au moins en partie sa tendance à rechercher du côté des traitements médicamenteux (prescriptions, habitudes de prises, non-observance, tolérance…) l'élément déclencheur de la crise psychiatrique qui mène à l'hospitalisation – plutôt que des évènements environnementaux.

Dr Berce est psychiatre dans une autre unité de l'établissement Madeleine Pelletier. Dans l'extrait suivant, il affirme procéder de manière différente en entrant par l'environnement (qu'il appelle la « biographie »). Les questions autour des symptômes sont circonscrites dans la formule « pourquoi il vient » :

> Entretien avec le Dr Berce, psychiatre au CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018
>
> Dr Berce : C'est un peu technique, mais on va demander au patient pourquoi il vient, qu'est-ce qui l'a motivé à venir prendre rendez-vous, sur les conseils de qui, généralement c'est ça. Après, c'est pas forcément type, c'est un peu en fonction de qu'est-ce que le patient amène aussi. Après, il y a des éléments un peu essentiels qu'on va demander. C'est effectivement des éléments de biographie : est-ce qu'il travaille ? est-ce qu'il a de la famille ? Après, enchaîner un petit peu sur ses difficultés, pourquoi il vient. Il y a toujours un moment donné où on va parler des antécédents médicaux somatiques. C'est pas souvent tout de suite. Moi, c'est souvent biographie, après c'est souvent « vos problèmes ». Souvent, dans les problèmes, il y a du somatique qui arrive. Donc là, on en profite : « Est-ce que vous êtes suivi ? vous avez un généraliste ? est-ce que vous prenez d'autres médicaments par ailleurs ? ». On évalue un peu le soutien du patient.
>
> Enquêtrice : Le soutien dont il dispose autour de lui ?
>
> Dr Berce : L'entourage, la qualité de l'entourage, la qualité du soutien : est-ce qu'il est isolé ? Est-ce qu'il est plutôt bien entouré ?

Les médecins s'accordent sur le fait que l'entretien clinique résulte d'un effort de faire tenir la tension entre une trame d'entretien précise et qui ne laisse pas de côté des pans

importants de la personnalité et la nécessaire adaptation de l'interaction aux besoins et aux demandes du patient. Les psychiatres se revendiquant de la psychanalyse sont plus sensibles à « faire émerger » les sujets sensibles en laissant le patient mener l'entretien – la libre association d'idées étant au fondement du travail psychanalytique.

> Entretien avec Dr Constantine, psychiatre au CHS Madeleine Pelletier, octobre 2018
>
> Enquêtrice : Dans la discussion, qui va prendre l'initiative ? C'est plutôt à l'initiative du patient ?
>
> Dr Constantine : Ah oui, toujours. Je suis.
>
> Enquêtrice : Vous voyez avec quoi il vient ?
>
> Dr Constantine : Oui, oui.
>
> Enquêtrice : Vous avez une question d'entrée : « comment ça va aujourd'hui ? » ?
>
> Dr Constantine : Oui, c'est ça, une question bateau ! Rien de plus. Je ne suis pas directive du tout, ni avec les patients ni avec personne dans le service.

Il existe différentes manières de mener les entretiens, révélant également dans une certaine mesure ce que le psychiatre attend de l'entretien et plus largement de l'hospitalisation. Dr Varoufis estime que l'hospitalisation est un moment de prise en charge intensive qui conduit principalement à la mise en place et l'adaptation du traitement. Dr Berce paraît plutôt attentif à faire un bilan de situation global de la personne hospitalisée, afin de justement, mieux évaluer les actions à mener au cours de l'hospitalisation.

De la même manière que le sociologue doit préparer ses entretiens semi-directifs s'il veut qu'ils soient fructueux, certains médecins mènent des entretiens particulièrement organisés et méticuleux, notamment lors de l'entretien d'entrée[1].

> Entretien informel avec Dr Normet, interne en psychiatrie (4e semestre), unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018.
>
> Dr Normet : J'utilise toujours un peu le même plan d'entretien. Il y a des choses que je veux savoir, que j'ai besoin de savoir, donc je demande. Après c'est un plan un peu souple, ça dépend bien sûr de comment se déroule la discussion. Il y a des choses qui peuvent émerger. Bon, il y a aussi des fois où assez vite, on n'a pas grand-chose à dire quand ils ne répondent pas…
>
> Enquêtrice : Et c'est toujours les mêmes questions, ou ça peut dépendre de la pathologie que tu pressens par exemple ?
>
> Dr Normet : Évidemment, ça dépend. Mais on a un peu des questions qu'il faut poser, ça donne déjà une bonne idée. Après le risque suicidaire aussi c'est

[1] Pour une comparaison récente de l'entretien ethnographique et de l'entretien clinique voir (Weber et Chevance, 2020).

> important. Après, ça peut être sur les voix [que les patients entendent] ou sur les habitudes de vie, d'hygiène ou alimentaire par exemple, le sommeil.

Comme le dit Dr Normet, les médecins posent des questions spécifiques en fonction de ce qu'ils cherchent à savoir sur les habitudes ou les symptômes de la personne. Ces questions leur permettent « d'accéder » aux « dimensions pathologiques » de la personne. En effet, l'objectif affiché de l'entretien médical, dans sa dimension diagnostique du moins, est de distinguer des pensées ou des comportements qui s'éloigneraient de la norme. Des idées suicidaires, trop ou ne pas suffisamment dormir, passer trop de temps dehors ou au contraire être reclus au domicile relèvent des informations qui sont pertinentes pour le médecin pour connaître l'« état » du patient au moment de l'entretien. Le médecin utilise les entretiens pour tester des interprétations auprès du patient afin d'observer les réactions.

> Extrait de journal de terrain, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018. Entretien d'entrée de Mme Cantal avec Dr Normet, interne en psychiatrie
>
> Mme Cantal arrive au service Camillle Claudel pour la première fois ; elle a été hospitalisée à plusieurs reprises en psychiatrie dans d'autres établissements. Elle est reçue par Dr Normet.
>
> Au début de l'entretien, il veut en savoir plus sur ses antécédents et lui demande si elle a toujours été hospitalisée « pour des idées suicidaires » ; ce qu'elle confirme : « des idées suicidaires et des états dépressifs ». On l'a catégorisée comme « *borderline* », elle se reconnaît dans la description de son trouble, mais ça la rend « triste » quand on l'évoque.
>
> Dr Normet : Et les traitements que vous prenez pour ça, ça vous paraît efficace ?
>
> Mme Cantal : Là, je me suis dit que je voulais m'en sortir autrement qu'avec les médicaments. Si j'arrête, si ça se trouve, j'irai bien.
>
> […]
>
> Dr Normet : Et qu'est-ce qu'il y a eu d'autres comme symptômes depuis le début du mois ? [Absence de réponse] Le sommeil, l'appétit ?
>
> Mme Cantal : Je suis très déprimée… je trouve pas de sens à ma vie. Je me sens condamnée à vivre mal.
>
> […]
>
> Dr Normet : Mais on a l'impression que le traitement ça vous stabilise, quand on vous entend parler.

Dr Normet compte sur le caractère performatif de son propos. Grâce à sa fonction de médecin, il s'attend à ce que son avis ait un impact concret sur la patiente pour la faire accepter les traitements, qui semblent la stabiliser – puisque son entrée à l'hôpital fait suite à une rupture de traitement, conséquence de multiples ruptures professionnelles et affectives décrites par la

patiente. On voit ici que la recherche d'informations plus précises sur l'état de santé est tout à la fois diagnostique et thérapeutique.

Au cours des entretiens, le psychiatre recherche des éléments pathologiques ou déviants dans la pensée ou le comportement de la personne interrogée. Des hypothèses sont formulées que le médecin tente d'infirmer ou de confirmer à travers d'autres questions. Baptiste Brossard (2013b), au sujet des « consultations mémoire » pour personnes âgées, affirme que la *crédibilité* des patients est « *structurellement improbable* », au-delà du contexte et des acteurs pris dans l'interaction. Ce constat peut également être fait en psychiatrie, particulièrement dans le contexte hospitalier où les patients sont reconnus comme porteurs de troubles graves. On utilise parfois le terme d'*anosognosie*[1] pour décrire l'état d'un patient qui n'a *pas conscience de ses troubles*. Le terme anglais d'*insight* désigne cette *conscience* des troubles et est également fréquemment utilisé en France (on utilise *impaired insight* lorsque celle-ci est altérée[2]). Dr Chotik évoque également le *déni* : « *À la différence des maladies somatiques, nous, on travaille avec le déni. Ça, c'est quand même très compliqué* » (juillet 2018). Cette altération de la conscience des troubles est problématique dans la relation thérapeutique[3] : « *Il faut leur expliquer* [le diagnostic de schizophrénie]*, mais si le délire persiste, ils n'acceptent pas. C'est une chose difficile en général de la psychiatrie, que les patients ne prennent pas conscience.* » (Dr Varoufis, avril 2019).

« L'adhésion au délire », « la conscience des troubles » ou encore la « critique » des actes ou des symptômes sont des éléments centraux de l'évaluation psychiatrique ainsi qu'un axe d'amélioration recherché pour la majorité des patients – lorsque l'on dit du patient qu'il est « enkysté dans son délire » ou bien que « l'on n'a plus accès à lui » c'est au contraire que cette conscience des troubles n'est pas ou plus vraiment recherchée à ce moment-là ou pour une période durable. L'entretien est un moment privilégié pour tester cette « adhésion » aux comportements ou pensées symptomatiques qu'elles soient suicidaires ou délirantes – au fond évaluer le degré d'« aliénation » de la personne.

[1] Dans la définition médicale du terme l'*anosognosie* est un phénomène neuropsychologique qui se distingue du *déni* de la maladie qui est purement psychologique. Dans l'anosognosie médicale, des aires cérébrales sont atteintes, empêchant le patient de reconnaître la présence des symptômes positifs ou négatifs. Il est reconnu qu'elle est présente notamment dans les maladies neurodégénératives et dans certaines psychoses.

[2] Sur ce sujet, voir (Gong, 2017).

[3] Livia Velpry développe les liens et parfois les tensions qui existent entre capacités perçues et attentes professionnelles à partir des « régimes d'action » du travail psychiatrique (Velpry, 2008, p. chap. 5)

Encadré : Les urgences psychiatriques du CHS Paris

Le service d'urences psychiatriques est situé à l'entrée du CHS Paris, au rez-de-chaussée d'un bâtiment sur deux niveaux. Il se compose d'un sas d'entrée qui ouvre sur un comptoir donnant à voir l'espace d'accueil où les infirmiers enregistrent quelques informations sur chaque patient qui se présente ; à droite est desservie une salle d'attente ainsi que l'espace où se déroulent les entretiens infirmiers, légèrement séparé par quelques paravents ; plus loin un couloir abrite six chambres individuelles, une cuisine et une salle de réunion ; à l'autre extrémité du service se situent les bureaux médicaux, le bureau du chef de service et des cadres infirmiers. Contrairement au service d'urgence généraliste, l'ordre de passage est défini ici par ordre d'arrivée (et non par gravité) et une fois un patient enregistré auprès de l'accueil, il ne lui est pas possible de quitter le service sans autorisation médicale.

Les journées commencent avec une réunion d'équipe et des transmissions infirmières lorsque les équipes « tournent ». Après l'enregistrement auprès de l'accueil, un premier entretien infirmier est destiné à prendre quelques informations sur le cas, qui permettent déjà d'esquisser une orientation. Après une attente qui peut être longue (la durée de prise en charge moyenne est de 4h), la personne est reçue par un médecin (interne ou « thésé »[1]), puis la décision d'orientation est prise : hospitalisation (libre ou sans consentement), lettre ou rendez-vous avec un praticien dans le secteur d'appartenance ou consultation dite « post-urgence » pour la semaine suivante.

La formulation de certaines questions permet de vérifier le caractère délirant de certaines informations fournies par le patient. Le médecin peut utiliser des « questions-piège » permettant de tester le patient. Sous l'apparence d'une question de bonne foi, le médecin évalue dans quelle mesure la personne s'enfonce dans le trouble et le déni de celui-ci. Cette technique est souvent utilisée avec les patients soupçonnés d'être paranoïaques ou les patientes catégorisées *borderline*, comme dans l'extrait suivant :

> Extrait du journal de terrain, entretien d'entrée aux urgences du CHS Paris, février 2015
>
> Une patiente raconte qu'elle a déjà été enceinte, « plusieurs fois » et qu'elle souhaite faire des recherches auprès des services sociaux pour retrouver les enfants qu'elle a mis au monde et qu'on lui a retirés. Cette patiente a été catégorisée *borderline* par les infirmiers lors de l'entretien préparatoire.
>
> Médecin : « Et quand vous avez été enceinte, ça a duré combien de temps en général ?
>
> Patiente : 3h à peu près. C'est ce qu'on appelle des grossesses fulgurantes. Vous savez, moi je crois en Dieu et c'est des choses qu'Il peut faire, c'est de la science quoi. »

[1] Les médecins ayant soutenu leur thèse sont appelés « thésés » par opposition aux internes. Sans thèse, le médecin n'est pas inscrit au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et ne peut pas signer des certificats médicaux dans le cadre des soins sans consentement.

Dans cet exemple, la question du médecin permet à la fois de vérifier le délire de la patiente et de mesurer son adhésion à celui-ci. Les propos jugés farfelus, irréels ou improbables ne sont pas balayés par les médecins. Au contraire, ils sont pris en compte par l'équipe médicale pour confirmer un diagnostic, ici, celui de *borderline,* affiner une orientation thérapeutique, dans ce cas, une hospitalisation finalement librement consentie par la patiente.

À l'inverse, certains propos sont disqualifiés d'emblée par les soignants, soit parce que l'on considère qu'ils ne sont pas crédibles, ou bien parce qu'ils ne sont pas « intéressants » du point de vue du médecin dans le cadre de son évaluation. Ici « intéressant » ne recoupe pas tout à fait le terme de « signifiant », largement utilisé dans la culture psychanalytique et plus largement dans les « mondes psy ». Rechercher le sens, la signification à appliquer à un propos ou une action est une étape postérieure dans le schéma clinique. En qualifiant un élément d'intéressant, on décide de prendre le temps pour en rechercher le sens, il devient ensuite éventuellement signifiant.

> Extrait de journal de terrain, réunion clinique à l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, juillet 2018
>
> Au sujet d'un cas de patient problématique, la psychiatre demande aux soignants paramédicaux qui s'occupent de lui en chambre d'isolement « Quand vous parlez avec lui, c'est intéressant ? ». L'infirmière répond « Non, c'est toujours « Moi j'ai de l'argent, moi j'ai des femmes » ».
>
> Aucun professionnel ne réagit.

Les équipes opèrent une sélection parmi les informations que les soignants considèrent comme pertinentes et les autres, qu'il n'est pas nécessaire de prendre en compte, de noter ou d'analyser collectivement. Cette sélection, parmi une somme d'informations détenue au sujet d'un patient hospitalisé, conduit parfois à des pertes d'informations qui auraient pu se révéler pertinentes dans la suite de la prise en charge.

Les éléments que nous avons exposés sont relatifs au contenu du discours du patient. Le recours à un modèle d'entretien, parmi la pluralité de formes qu'il en existe, dépend d'une série de facteurs comprenant les conditions matérielles de déroulement de l'entretien (la durée, le lieu), ainsi que les traces particulièrement recherchées par le praticien.

2) Le regard clinique et le « tout pathologique »

Lorsque l'équipe évoque une consultation passée ou à venir avec un médecin, l'expression la plus souvent utilisée est « être vu par le médecin ». Cette expression comporte un intérêt particulier pour l'observateur. Michel Foucault avait fait valoir que l'observation est au cœur du travail clinique (1963). La vue est un sens toujours largement mis à contribution pour se faire un avis sur l'état de la personne. Il ne s'agit pas de se référer à des images fixes ou animées, obtenues par la médiation d'outils sophistiqués tels qu'un IRM ou un scanner ou même d'une photographie telle qu'elles peuvent être utilisées en dermatologie par exemple. Au contraire, il s'agit de l'observation directe des comportements ainsi que des empreintes physiques interprétées comme traces tangibles de la maladie.

Au cours de l'évaluation lorsqu'elle est conduite aux urgences, et plus largement au cours de l'hospitalisation, *tout* comportement peut être potentiellement *intéressant* voire *signifiant,* dans la mesure où il peut être constitué comme *symptomatique* ou *pathologique* par les soignants en psychiatrie. Ce caractère holistique de la clinique psychiatrique renvoie à la tradition psychanalytique qui institue *tout* élément comme *signifiant*[1].

a) Le corps et ses mouvements

Les médecins sont particulièrement attentifs à certains détails physiques des patients. Une attitude ou un élément physique peut toujours être considéré comme une trace tangible d'un symptôme ou un symptôme lui-même. Même si elle est un moment de rupture avec la vie quotidienne au domicile[2], l'hospitalisation offre un contexte d'observation particulièrement complet pour les équipes. En observant le malade à l'hôpital, les soignants obtiennent une série d'informations sur sa manière de s'alimenter, son sommeil, son hygiène et ses interactions sociales. Lors des staffs, les équipes dissertent sur la nuit qu'a passée M. Untel ou encore Mme Unetelle qui ne finit jamais son assiette malgré l'insistance des soignants.

[1] Cela se rapporte également au soin. Livia Velpry assure par exemple que la diversité des activités coproduites dans un CMP ont en commun d'être considérées comme thérapeutiques (2008, p. 138-144). Baptiste Brossard note pour l'hôpital de jour pour adolescents que *tout,* même les scènes les plus anodines, peut-être potentiellement thérapeutique (Brossard, 2013a).

[2] Michel Foucault se réfère à l'hôpital comme un « espace artificiel » (Foucault, 2003, p. 343).

Comme le notent Florence Weber et Astrid Chevance (2020), le psychiatre conduisant l'entretien prête également attention à ses dimensions structurelles et grammaticales. Le rythme ou le débit de la parole, la prononciation, le bégaiement, mais également les compétences syntaxiques de la personne sont évalués comme autant de facteurs d'intérêt dans le travail diagnostique. La communication non verbale est également prise en compte par les psychiatres pour évaluer l'état de santé. Ainsi lors de l'entretien, le mouvement des yeux, les balancements du corps, des mains agitées ou des tremblements de jambes intempestifs sont considérés et ajoutés à la liste des éléments participant à construire le jugement clinique. Dans l'extrait suivant, les soignants ne s'attardent pas sur le contenu de la parole du patient, mais à la forme qu'elle prend et qui est évaluée comme pathologique et symptomatique de son « état maniaque ». Ici, c'est surtout le flux et la quantité de parole qu'il produit qui intéressent les soignants :

> Extrait de journal de terrain, réunion clinique à l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, juillet 2018
>
> Au sujet d'un patient catégorisé bipolaire, avec de lourds antécédents judiciaires [13 incarcérations et des prises en charge en UHSA[1]]. Il est hospitalisé en chambre d'isolement depuis plus d'une semaine et « il ne redescend pas ». Les soignants insistent à plusieurs reprises pendant la réunion sur le comportement du patient. Il est dit : « Il parle très vite, très éclaté / ne tient pas en place / il ne dort pas la nuit » ; « Il parle, quand il ne parle pas, il chante, quand il ne chante pas il hurle, quand il ne hurle pas il tape » ; « Il est logorrhéique, il a du mal à articuler. Il dit "j'aime parler" » ; « C'est un réel état maniaque sur une personnalité psychopathique associée. »

Cet intérêt pour le flux de sa parole s'entremêle alors à la description de son comportement non verbal (« *ne tient pas en place* » / « *ne dort pas* »). Fréquemment lors des échanges dans le service, les professionnels semblent accorder très peu d'importance au contexte de ce comportement : l'hospitalisation en chambre d'isolement.

Le cas des patients dépressifs est traité résolument différemment de ce point de vue. Les psychiatres ont tendance à faire en sorte de ne pas garder les patients souffrant de dépression longtemps dans le service – souvent quelques jours seulement – au profit d'un retour à domicile ou d'une hospitalisation en clinique. Pour ceux-là, il est reconnu que l'hôpital et son public sont un contexte défavorable qui peut aggraver l'état pathologique. Les patients atteints de schizophrénie ou de bipolarité sont plus rarement considérés comme ne relevant pas de

[1] Les Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) sont des unités d'hospitalisation dans les établissements de santé qui prennent en charge les personnes détenues qui nécessitent une hospitalisation complète en psychiatrie. Sur le sujet voir (Contrast, 2015 ; Litzler, 2013).

l'hospitalisation et les effets potentiels de la situation d'hospitalisation et de contrainte paraissent d'une moindre importance pour les professionnels puisqu'elle leur paraît inévitable.

Certains comportements ou attributs physiques (tremblements, regard dans le vague, démarche…) sont particulièrement scrutés par les équipes et considérés comme particulièrement symptomatiques. Les soignants font par exemple l'hypothèse d'un patient toxicomane à partir de l'état de la dentition ou de la couleur de la peau de ses phalanges. De manière générale, l'hygiène corporelle est un indicateur de la maladie, de sa lourdeur ou d'un contexte de crise particulier. Dr Parc nous dit lors d'un entretien : « *Avec l'expérience, on reconnaît un schizophrène quand il entre dans la pièce »* (mars 2019). Certaines manifestations physiques peuvent également relever d'effets secondaires des médicaments psychotropes comme la sécheresse de la bouche ou les tremblements. D'autres éléments peuvent également entrer dans la caractérisation clinique comme l'état des affaires personnelles ou encore l'ordre et la propreté du domicile.

b) Effets personnels et domicile : inférence et raisonnement métonymique

Aux urgences du CHS Paris, les infirmiers ont l'habitude de confisquer les affaires personnelles des personnes qui attendent pour être vues par le médecin. Lorsque selon eux, la situation le réclame, les infirmiers procèdent à une fouille minutieuse du sac de la personne. Une situation qui s'y prête désigne un cas pour lequel l'équipe dispose d'un niveau d'informations jugé trop faible ou bien lorsque les infirmiers sont particulièrement « inquiets » dès le premier échange avec la personne entrante. Lorsque cela arrive, la fouille est conduite afin de trouver des éléments concordants avec l'hypothèse diagnostique, comme dans l'exemple suivant.

> Extrait de journal de terrain, urgences du CHS Paris, mars 2015
>
> Une femme d'une quarantaine d'années est arrivée aux urgences. Manon, une jeune infirmière, l'a reçue en entretien – je n'assiste pas à l'entretien. Elle lui paraît « survoltée », « très up » et elle lui a confisqué son sac à main en expliquant que les patients n'avaient pas le droit de garder leurs effets personnels au sein du service « pour des raisons de sécurité ». (Je me demande comment la patiente s'est laissée faire, la plupart des personnes qui sont reçues gardent leurs effets personnels ; je me rappelle à cette occasion d'une situation où un accompagnant a demandé à laisser sa valise derrière le comptoir et les infirmiers ont rechigné « on n'est pas une consigne »).

> Manon et un autre infirmier décident alors, avec l'accord du médecin, de trouver des traces « intéressantes » de l'état de la personne en scrutant ses effets personnels. Manon dit qu'elle hésite entre « patiente bipolaire en phase maniaque, très maniaque » ou bien « une psychotique en délire ». Elle m'explique que l'on différencie souvent une psychose de la bipolarité par la présence d'une désorganisation qui est très rare chez les patients bipolaires – lorsqu'on l'observe, on parle alors plutôt de troubles schizo-affectifs[1]. Ils ouvrent le sac à main de la patiente et j'assiste à la fouille. Il est très plein, il y a une multitude de papiers, tous gribouillés ; plusieurs carnets de notes, agenda, répertoires dans lesquels des feuilles sont intercalées, des listes écrites sur des tickets de caisse. Il y aussi beaucoup de flyers pour différentes choses. Les deux infirmiers s'accordent sur le fait que le contenu du sac est « symptomatique » - j'ai du mal à me rendre compte – et ils penchent initialement plutôt pour une schizophrénie. Mais en y regardant plus près, le contenu n'apparaît pas « désorganisé », mais simplement « touffu ». Ils finissent par la trouver « plutôt bipolaire en phase très maniaque », notamment lorsqu'ils s'aperçoivent qu'elle a compilé dans les flyers et documents beaucoup de choses sur des soins alternatifs (groupes de parole, des recettes, des cartes pour des ballades). D'après eux, c'est très cohérent avec une phase maniaque. Les phases maniaques sont souvent caractérisées par une « dispersion importante, mais sans désorganisation ».

D'un point de vue strictement moral, cette recherche active de preuves sans l'accord préalable de la personne apparaît à l'ethnographe comme un abus de pouvoir évident. Les soignants (infirmiers et médecin) expliquent et justifient ce geste : il s'agit de faire un diagnostic à la fois plus juste et plus rapide, afin de proposer la meilleure orientation à la patiente et de participer à vider le service[2]. Comme dans l'observation immédiate de l'allure des personnes, le contenu du sac à main ne donne pas lieu à une mise en délibération avec sa propriétaire.

Les visites à domicile (VAD) qui sont parfois organisées depuis les unités d'hospitalisation ou les CMP sont un autre moment privilégié pour scruter la vie privée du patient. Parfois organisées depuis les urgences elles fournissent aux soignants une preuve tangible de la clinophilie[3], du syndrome de Diogène[4], ou d'un « laisser-aller » général. La vaisselle, le linge, la décoration, les livres, la situation administrative, les consommations de substances psychoactives, les habitudes alimentaires et d'hygiène, tout peut être potentiellement examiné au cours d'une visite du domicile. Cependant comme lors des

[1] Cette distinction m'a été répétée à plusieurs reprises sur différents terrains.

[2] Comme dans un service d'urgences générales (et de manière croissante dans un service d'hospitalisation) l'activité des équipes aux urgences psychiatriques est maintenue sous tension par l'enjeu constant de maintenir un nombre acceptable de personnes en attente. La vitesse de l'activité augmente à mesure que la salle d'attente se remplit et inversement (Tartour, 2015 ; Garrec, 2017).

[3] Difficultés à quitter le lit.

[4] Incapacité à jeter ou se défaire des objets conduisant à une accumulation extrême. Il conduit souvent à des conditions de vie peu hygiéniques voire insalubres.

entretiens ou de l'appréciation physique, c'est plus souvent une impression d'ensemble qui est dégagée et qui va sous-tendre une prise de décision (hospitalier ou non).

> Extrait de journal de terrain, VAD organisée depuis les urgences psychiatriques du CHS Paris, février 2015
>
> Hier lors du staff, j'ai été prévenue qu'une VAD allait avoir lieu aujourd'hui. Les deux externes du service étant en cours ce matin, on me propose d'accompagner la visite. Nous partons vers 10h, après le staff du matin. Après quelques rebondissements pour trouver une voiture ainsi que les clefs adéquates pour la démarrer, je monte dans la voiture avec le cadre infirmier et une jeune médecin psychiatre titulaire. Une autre voiture nous suit avec deux infirmiers. Ils m'expliquent que, seulement si cela est nécessaire, on appellera une ambulance pour le transporter (sous-entendu, s'il est trop agité, et qu'il faut donc le contentionner et le transporter allongé). Ils font un topo dans la voiture sur le cas, tant pour moi que pour eux. Il s'agit d'un jeune homme d'un peu plus de 20 ans. Sa mère est très inquiète, elle a téléphoné à plusieurs reprises et a été reçue en consultation famille sans patient (CFSP) la semaine passée. Le jeune homme ne veut plus lui parler au téléphone, et il n'ouvre plus la porte de chez lui.
>
> Nous arrivons sur place, en bas d'un immeuble du XVII^{e} arrondissement. La psychiatre sort avec une mallette (je me dis « ça ressemble à une vraie mallette de médecin ») ; « *J'ai du matériel pour faire une injection de sédatif si c'est nécessaire et il y a aussi de quoi prendre sa tension, ce genre de choses. J'espère ne pas m'en servir, mais mieux vaut être prête*. ». Nous montons les étages (je n'arrive pas à comprendre s'il a fallu sonner, ou si quelqu'un avait le code) et arrivons devant sa porte. Il entrouvre tout de suite la porte. Il a l'air fatigué, épuisé, il parle peu fort et très lentement. Il dit qu'il ne peut pas ouvrir la porte, qu'il n'y arrive pas. Lorsque les soignants insistent un peu et finissent par ouvrir, je constate effectivement que l'ouverture de la porte était encombrée par des amas d'objets en tout genre sur environ un mètre de hauteur. Tout l'appartement est dans le même état. Il ne reste que son lit une place, sur lequel on peut s'installer. Le cadre infirmier me dit d'aller voir dans la salle de bains. La cabine de douche est pleine d'affaires, des vêtements, des livres, mais aussi des emballages de nourritures et une caisse de litière pour chat (je m'inquiète pour ce chat). La psychiatre engage la conversation avec le jeune homme qui lui confie effectivement ne plus être en mesure de se laver parce qu'il « *ne [sait] pas où mettre les affaires qu'il y a dans la douche* ». Il explique ne plus répondre à sa mère parce que celle-ci s'inquiète souvent et qu'il n'a pas envie de se justifier tout le temps.
>
> Finalement, nous restons très peu de temps dans l'appartement, environ 5 minutes. Le cadre est rentré dans l'appartement, mais les deux infirmiers attendent dehors (il n'y a pas du tout l'espace pour que d'autres personnes entrent). Le jeune homme promet à la psychiatre qu'il va venir aux urgences pour rencontrer les médecins ; ils échangent leurs numéros de téléphone. Elle le prévient que s'il ne vient pas, elle fera venir une ambulance avec les pompiers pour venir le chercher.
>
> Au retour elle m'explique que ce patient lui fait « de la peine ». Il a l'air chamboulé par ce qui lui arrive qu'elle interprète comme *« une entrée dans la psychose ou autre chose* ».

Les éléments observés par les soignants touchent à « l'hygiène de vie » d'une manière générale et sont examinés afin de qualifier une situation de normale ou anormale. À partir de ce qu'ils ont pu observer dans l'appartement (ajouté aux autres éléments apportés par la mère

et des quelques phrases échangées avec le jeune homme), l'équipe de soins opère une série d'inférences sur les habitudes de la personne qui l'habite concernant la manière de se nourrir, son hygiène corporelle, ses relations sociales et son « *élan* » que la psychiatre trouve « *altéré* ». À partir de *l'état de son appartement*, les soignants se construisent un avis global sur *l'état de la personne*.

On qualifie ce raisonnement de métonymique, en référence à la figure de style littéraire désignant le tout par sa partie. En effet, à travers les deux scènes relatées dans cette section, on observe un travail d'inférence opéré par les soignants pour être capables à partir d'un petit nombre de données de construire une cohérence d'ensemble à la situation : le tout de l'état mental par les parties que sont le sac à main d'un côté, et l'appartement de l'autre.

À rebours des évolutions dans la relation thérapeutique qui font de manière croissante intervenir la subjectivité du patient parmi les éléments pris en compte en vue de la décision médicale (Amstrong, 1984), il apparaît ici que le regard est une technique de recueil de la preuve pathologique qui place le patient dans une position d'*objet* de l'observation, bien plus que de sujet. Bien sûr, un patient qui a connaissance de l'institution peut emprunter des apparences stratégiques, placer astucieusement certains objets dans son sac ou mettre en scène son domicile lors d'une visite. Toutefois la position d'objet réside dans le fait que ce qui est regardé n'est pas systématiquement mis en délibération avec lui. Lors des échanges verbaux, la négociation sur le sens à attribuer aux discours du patient n'est pas non plus automatiquement accordée. Cela dépend plus particulièrement du degré d'aliénation estimé par le médecin, faisant ainsi coexister différents modèles de relation thérapeutique.

3) Méfiance et nécessité : le statut ambivalent des sources secondaires extérieures

L'équipe utilise également des sources *secondaires,* des discours produits *sur* le patient par des acteurs extérieurs au service, les équipes ayant pris en charge la personne auparavant et son entourage. Ces informations sont recueillies à l'oral et à l'écrit par l'équipe. Elles concernent principalement le passé, les antécédents ou encore le « contexte d'entrée » qui précède directement l'arrivée à l'hôpital.

Souvent, elles sont confrontées au discours du patient et permettent d'infirmer ou confirmer les informations recueillies préalablement et/ou les hypothèses (diagnostiques ou d'orientation) des professionnels. Parfois les éléments qui peuvent être donnés par un tiers

extérieur sont recherchés parce qu'ils sont essentiels pour prendre une décision, mais il leur est pourtant conféré un statut ambivalent. La source qui émet les informations est soumise à une série d'évaluations qui permettent *in fine* de s'accorder sur le degré de crédibilité que l'on peut lui accorder. Cette crédibilité n'est jamais attribuée une fois pour toutes à un parent ou à un confrère, mais se trouve prise dans un processus de renégociation constante. D'une manière générale, il est fréquent de déprécier la source, voire de s'en méfier, quand elle est extérieure au service.

a) Méfiance confraternelle

Lorsque le patient a été orienté par un service d'urgences (ce qui est souvent le cas pour les patients pas encore « connus » du service), il arrive avec un dossier d'entrée contenant une lettre de liaison lorsque l'admission est en soins libres et avec des certificats médicaux circonstanciés lorsqu'il s'agit d'une admission en soins sans consentement (voir la première partie). Ces documents relatent la plupart du temps le « contexte de l'arrivée » ou « contexte d'entrée » de la personne qui prend la forme d'un récit des derniers évènements de la vie de la personne, dont la trame téléologique conduit à l'arrivée à l'hôpital. Ils contiennent quelques termes médicaux mettant sur la voie d'un diagnostic comme « *éléments maniaques* », « *patiente logorrhéique* », « *diffluente et projective* », mais le diagnostic est rarement explicité en toutes lettres. Enfin, l'acceptation ou non de l'orientation à l'hôpital « *fait la demande elle-même d'être hospitalisée* » ou au contraire *« accepte mal les soins et demande de sortie inadaptée* » est mentionnée. Ce document est toujours soumis à procès pour estimer la qualité de la source et donc le niveau de confiance que l'on placer dans les informations transmises.

Lorsque le patient a été hospitalisé dans un autre établissement précédemment, il est courant que les soignants essaient de joindre au téléphone l'ancienne équipe de suivi pour échanger sur les symptômes. L'établissement fournit un compte-rendu d'hospitalisation, plus ou moins élaboré et complet, à la nouvelle équipe soignante. Les échanges se concentrent sur une description du comportement du patient lorsqu'il était hospitalisé dans l'autre service. Des examens complémentaires peuvent être transmis, lorsque le patient était hospitalisé dans un service non psychiatrique, notamment en gériatrie ou bien en neurologie (des exemples sont donnés dans la section B). Lorsque l'hospitalisation ou le suivi a eu lieu dans le même établissement, le dossier patient informatisé permet d'obtenir rapidement quelques informations, qui seront complétées par une discussion téléphonique avec l'équipe de suivi.

Livia Velpry insiste également sur l'importance de « *l'histoire du suivi psychiatrique* » (2008, p. 112-114) dans la caractérisation des cas psychiatriques lors des prises en charge dans des centres médico-psychologiques (CMP). Mais l'absence d'interconnaissance directe agit comme un obstacle dans la construction du cas. Les professionnels sont caractérisés par une méfiance envers des confrères qu'ils ne connaissent pas. Ils auront alors tendance à prendre avec beaucoup de distance les informations données par des professionnels inconnus. Dans ce cas, l'équipe locale a tendance à ne pas reprendre le travail clinique là où le confrère l'a laissé. Les soignants disent ne pas vouloir « s'enfermer dans un diagnostic » qui aurait été préalablement posé et les équipes agissent comme si la trajectoire de soins commençait au moment de l'entrée à l'hôpital, même si celle-ci a été précédée d'un suivi préalable. Construire un diagnostic divergent permet également de s'approprier le patient.

L'organisation en secteur conduisant les personnes à être suivies par une même équipe sur le temps long, les psychiatres hospitaliers sont peu habitués à coopérer avec des acteurs médicaux et soignants en dehors de leur service. Cette situation devrait réduire les effets de concurrence en jeu dans d'autres contextes (Castel, 2005 ; Bergeron et Castel, 2010), mais nous observons à l'inverse une grande méfiance envers la qualité des informations fournies et les pratiques en vigueur localement. Nous faisons l'hypothèse que la faible normalisation des pratiques en psychiatrie et la quasi absence de guides cliniques, s'ils ne garantissent pas le succès d'une initiative coopérative quand ils existent, privent les professionnels d'appuis sur lesquels faire reposer des discussions transversales. L'indétermination clinique de la psychiatrie concourrait ainsi aux difficultés de coordination.

Au contraire, lorsqu'un patient est « partagé » entre deux services dont les membres se connaissent et s'apprécient sur le plan professionnel et/ou personnel, cela permet une meilleure maîtrise de la relation thérapeutique et de l'interaction avec le patient à qui il sera alors spécifié, comme un avertissement, que les informations circulent entre les services[1]. Les cas « partagés » s'observent par exemple lorsqu'un patient est mis « en subsistance » dans un service voisin parce que son service d'accueil a besoin de bénéficier d'un lit supplémentaire ou

[1] Dans nos observations, il apparaît effectivement qu'une configuration relationnelle fait exception. Une plus grande confiance professionnelle est accordée aux professionnels des Unités pour Malades Difficiles ou des Unités de Soins Intensifs en psychiatrie. Ces structures constituent des appuis organisationnels très importants pour les équipes, puisqu'elles accueillent des patients en « crise » ou particulièrement difficiles à gérer pour une équipe hospitalière de secteurs. Le service rendu à l'équipe est suffisamment important pour que la confiance des professionnels soit accordée. Les transferts de patient vers ce genre de structures étant rares, le faible nombre d'observations directes de ces interactions (N=2) ne nous permet pas d'en établir un résultat.

encore en cas de mésentente trop importante entre deux personnes hospitalisées dans un même service. Une autre situation de partage s'observe lorsqu'un médecin change de service de rattachement et qu'il choisit de continuer à suivre un ou deux patients de son ancien service avec qui un travail thérapeutique particulier avait été enclenché. Le médecin référent se déplace alors dans l'ancienne unité pour effectuer les entretiens cliniques ; il est alors amené à échanger avec l'équipe sur l'évolution de l'état de la personne.

b) Famille envahissante et famille envahie. Négociations autour du statut de l'entourage

De la même manière, les équipes hospitalières ont un rapport ambivalent à l'entourage des personnes hospitalisées. Normand Carpentier (2001) identifie comme une rupture le passage de la famille reconnue comme « cause » de la maladie par les professionnels, à une conception de la famille comme « solution » à la fin du XX^{e} siècle. Si cette analyse est féconde, la tension entre ces deux conceptions perdure aujourd'hui[1]. C'est une discussion qui revient souvent au cours des transmissions de déterminer si la famille est « *une ressource* » ou si on ne peut pas « *compter dessus* », voire même si elle est « *pathogène* ». Le niveau de fiabilité conféré alors à son discours dépend largement de ce statut, et inversement. Les discussions avec l'entourage permettent là aussi d'obtenir des informations sur les antécédents symptomatiques, le suivi, les habitudes quotidiennes ou bien d'infirmer ou de confirmer des informations fournies par le médecin.

> Extrait de journal de terrain, réunion de transmission à l'unité Camille Claudel, novembre 2018
>
> Au sujet d'un patient soupçonné d'être potomane [besoin irrépressible de boire de l'eau], la médecin généraliste annonce « Je vais quand même demander au frère. Il [le patient] nous dit qu'il boirait au moins de 16 litres de Vittel par jour, mais vu son état général je ne sais même pas comment il peut les transporter jusqu'à chez lui… »

[1] Laurence Tessier (2016, 2019) observe une configuration similaire dans une clinique de la mémoire sur la côte ouest des États-Unis ou encore Baptiste Brossard dans les lieux d'hébergement des patients Alzheimer au Canada (2013b, 2017). Tantôt « informateurs » nécessaires pour le soin aux personnes dont la mémoire est défaillante – ou lorsqu'il faut évaluer son niveau de défaillance –, les proches peuvent également faire l'objet d'une grande méfiance de la part des équipes allant jusqu'à ne pas croire les éléments qu'ils amènent ou bien les soupçonner de vouloir instrumentaliser l'équipe de soins à des fins personnelles.

Dans ce cas, le frère est considéré comme une ressource et on prendra sa réponse au sérieux. Le patient d'une cinquantaine d'années qui n'était pas connu préalablement de l'équipe a été amené par son frère « *vers les soins* ». Depuis son arrivée dans le service, le frère a téléphoné pour prendre des nouvelles, mais n'est pas venu lui rendre visite sur conseil de l'équipe – le patient est alité, et sous oxygène. L'équipe apprécie particulièrement quand l'entourage se montre docile à l'égard des recommandations qui lui sont fournies. Cela conduit à accroître la confiance envers l'entourage. Lorsque la famille n'est pas *digne de confiance*, elle est alors souvent considérée comme « toxique » ou « pathogène » (*« à chaque fois que sa mère est là, elle la fait grimper dans les tours* »). Les proches peuvent alors être évalués comme malades eux aussi par les soignants.

Les soignants recherchent la juste distance avec l'entourage. Il s'agit d'inclure suffisamment les proches dans la prise en charge pour qu'ils se constituent comme des alliés des soignants et de la personne soignée, sans pour autant qu'ils soient envahissants pour l'équipe ou envahis par ce rôle.

> Entretien avec Dr Chotik, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier
>
> Enquêtrice : Pour les premières crises, si on ne peut pas vraiment se fier aux informations données par le patient, comment vous faites ce travail de recherche des antécédents ?
>
> Dr Chotik : On travaille avec les familles. On rencontre les familles. Quand c'est un premier épisode, on va avoir besoin de la famille. Eux, ils sont inquiets, désemparés, ils ne comprennent pas ce qui se passe. En même temps, ils voient bien que leur gamin va mal depuis pas mal de temps. Surtout quand il y a l'hospitalisation, ça marque un arrêt aussi, c'est-à-dire que, d'un coup, ils se rendent compte que ça ne va pas bien depuis longtemps. Il y a une hospitalisation et ils disent : « ah oui, mais il y a eu ça et quand il y a eu ça ». Et puis on sait qu'il va retourner dans sa famille ensuite, donc on pourra plus travailler comme on travaillait auparavant, donc avec les familles à distance et après partir pour autre chose.
>
> Enquêtrice : Vous essayez de voir systématiquement les familles ?
>
> Dr Chotik : Ah oui. (…) je ne sais pas pourquoi, mais j'ai un peu plus de mal avec les enfants parce qu'ils ont leur vie à faire quand même. (…) Normalement, et on le fait quand même, on essaie de voir les familles. Les familles, elles peuvent être insistantes, ce qu'on peut comprendre. En plus, première hospitalisation en psychiatrie, c'est « Vol au-dessus d'un nid coucou ». On ne comprend pas. D'un coup, il y a le black-out, ils peuvent plus appeler, en Iso. Si, en plus, ils apprennent que la personne est en iso, là, c'est tous les fantasmes. Donc, en général, on voit les patients avec leur famille, c'est-à-dire qu'on ne voit pas les familles seules, pour éviter qu'ils aient l'impression qu'on parle dans leur dos. Et on restitue. Si, par exemple, les parents appellent, je rappelle ou je réponds, mais je dis : « votre maman a appelé, elle est inquiète ». On travaille dans la confiance. Si les patients nous font plus confiance…

La psychiatre évoque ici un autre point crucial dans la prise en charge impliquant les familles : le retour à domicile. Quel que soit le type d'hébergement dont bénéficiera le patient à la sortie de l'hospitalisation (familial, seul, médico-social, appartement thérapeutique, foyer, etc.), sa famille sera mise à contribution pour maintenir le patient à l'extérieur de l'hôpital (Blum, Minoc et Weber, 2015). Ainsi, il est nécessaire pour l'équipe hospitalière de travailler dès l'entrée à l'hôpital avec l'entourage pour configurer cette relation entre famille et équipe professionnelle ainsi que famille et patient.

4) La division du travail de recueil de données

Dans les services de soins, le regard posé sur les patients s'est déplacé des médecins vers les soignants paramédicaux qui sont chargés de « garder un œil » sur les patients. Dans le service Camille Claudel, qui se trouve dans un immeuble indépendant de l'asile historique, et qui compte 6 services pour 120 lits environ, le choix a été fait de ne pas construire les bureaux médicaux dans le service de soins, mais à l'extérieur, à un étage différent et dans une autre aile – c'est le cas des services administratifs également. Ainsi les soignants paramédicaux sont-ils les seuls à avoir un accès direct et prolongé aux comportements des patients en dehors des situations d'entretien.

Les infirmiers en service scrutent et transmettent à la fois des évènements qui interviennent au cours des déjeuners, les habitudes liées à l'hygiène, les échanges avec les proches, la démarche, ainsi que des discussions qu'ils et elles ont avec les patients[1]. Beaucoup de services fonctionnent sur le même rythme : les réunions de transmissions médicales ont lieu une fois par jour, le matin en présence des médecins qui seront là dans la journée et des soignants du matin. Ces réunions durent rarement plus de 15 minutes et sont l'occasion d'échanger sur les entrées et sorties du service et les nouvelles générales du service, puis chaque cas est passé en revue un par un – l'état de santé ainsi que ses permissions et interdictions (restrictions alimentaires, sorties, cigarettes…). Lors de ces moments, ce sont plutôt les professionnels paramédicaux qui transmettent des informations aux médecins que l'inverse. Souvent même ces professionnels, bien que subalternes du point de vue de la hiérarchie formelle d'un service, font des suggestions allant parfois jusqu'à la demande (modifier une

[1] Robert J. Barrett (1999, p. chap. 3) propose que les infirmiers feraient preuve d'un savoir plus « en surface » que les médecins psychiatres qui accèdent à la profondeur du cas.

posologie, signature d'une prescription ou d'une autorisation de sortie, ou encore « voir » le patient en entretien).

Ces moments constituent des scansions très importantes dans la journée du service et constituent un lieu privilégié d'observation pour l'ethnographe. Malgré le recours grandissant aux écritures à l'hôpital, l'oralité constitue le mode de communication principal au sein de l'équipe (Mougeot, 2019, p. 186-187). Le peu d'égard apparent envers la pluralité de documents disponibles et affichés dans les postes de soins en témoigne. La trace écrite est plus durable, mais une information transmise uniquement à l'écrit et non répétée à l'oral a peu de chance d'avoir un effet (voir Grosjean et Lacoste, 1999). Les transmissions sont enfin des moments particulièrement intéressants à observer puisqu'ils sont l'espace de *la clinique en train de se faire.* Les professionnels y échangent sur la stratégie thérapeutique à adopter, l'hypothèse diagnostique à privilégier ou encore la « conduite à tenir ». C'est notamment à partir des observations « brutes » des soignants que les médecins formulent des diagnostics, des lignes de prescription et des pistes d'orientation. Nous donnons ici quatre exemples de description de patient lors d'une réunion de transmission du matin :

> Extrait de journal de terrain, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, staff, juillet 2018
>
> Patient 1 : Les infirmières disent « *ça va, mais il est inquiet* », Dr Parc : "*je lui ai mis un peu de Largactil parce qu'il était très anxieux, la sortie prochaine l'inquiète* ». Psychose avec un mode de désorganisation, mais selon l'aide-soignante « *son inquiétude est adaptée. Il n'est pas comme au début* ».
>
> Patiente 2 : Elle refuse de sortir du lit ; aide-soignante : "*je la trouve un peu déprimée* » ; la médecin a fait une demande de prise en charge dans une structure médico-sociale d'hébergement, mais ce ne sera pas avant l'été.
>
> Patient 3 : dès 6h du matin, il a crié, tapé, crié… Le Monsieur en face n'en peut plus, du coup il a crié aussi cette nuit, ils se parlent, mais sans s'insulter. La médecin : « *j'ai mis quand même un traitement assez important, donc bon… Il a JLD aujourd'hui, mais il est non-auditionnable*[1]*, il est trop mal et puis il est trop violent* ».
>
> Patient 4 : « *Il est très dispersé* », l'aide-soignante donne un exemple "*ce matin il a mangé, puis il est retourné à table et voulait manger à nouveau*". Elle demande s'il ne faudrait pas le remettre « en iso », si ça le calme. La médecin : "*c'est compliqué, c'est vraiment entre les troubles cognitifs et la psychiatrie, il y a des pulsions avec angoisses de mort, mais ça fait pas dispersion maniaque pour moi*"

[1] Un juge des libertés et de la détention (JLD) est saisi pour siéger au plus tard au 12e jour en cas d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. Le patient en question est convoqué à l'audience mais l'équipe médicale peut refuser qu'il s'y rende en fournissant une « contre-indication médicale ». Il s'agit d'un document simple explicitant les raisons pour lesquelles l'état de santé du patient ne lui permet pas de se rendre à l'audience. Voir première partie.

Les observations faites par les soignants paramédicaux sont ainsi restituées aux médecins. Les éléments qui sont pris en compte pour évaluer les troubles et leurs évolutions sont des verbes pour décrire un comportement (« taper », « crier ») ainsi que des adjectifs pour l'interpréter (« dispersé », « inquiet »). Ces termes servent d'éléments d'objectivation de la maladie et suffisent à réévaluer la stratégie thérapeutique et médicamenteuse.

> « C'est l'occasion [pour les infirmiers], à la réunion du lundi, de pouvoir parler des prises en charge, en disant : « nous, on comprend pas ce que vous faites avec ce patient, il aurait dû sortir », « on a l'impression qu'on va dans tous les sens ». […] quand on est praticien, on est un peu dans sa bulle, on fait sa petite sauce. […] [La cadre de proximité] elle est un peu à l'interface avec l'équipe médicale, ce qui fait qu'elle peut dire : « là, l'équipe en a ras-le-bol, elle comprend pas ce qui se passe, ce serait bien que… parce qu'ils sont excédés ». […] C'est vrai que, nous, on peut être amenés à être dans notre logique et pas voir que, à côté, nos partenaires dans la prise en charge, ils ne comprennent pas. Nous, on les voit trois-quarts d'heure, une heure, une à trois fois par semaine, mais eux c'est 8 heures, et puis sur des choses très sensibles. Ils voient des choses que, nous, on ne voit pas, et les patients sont différents avec eux. Et ils peuvent être plus bouffants que, avec nous, ils se tiennent un petit peu quand même parce qu'on représente quelque chose de la norme, etc. Avec les soignants, ils sont un peu différents. […] Si le patient va être moins bien, ils vont savoir avec quoi ça va être en lien. Ils vont participer à la discussion qu'on va avoir avec le patient sur le traitement et ils vont pouvoir redire : « vous savez bien, en entretien, le docteur vous a dit que si on vous met ça, c'est parce qu'il y a les signes ». Donc, c'est un partage d'informations qui fait que ça circule. Ça, c'est dans l'idéal. »
>
> Dr Chotik, cheffe de service dans l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, juin 2018

Les moments de transmission dans les services de soins sont l'occasion d'échanges avec tous les professionnels du service : non seulement les médecins, infirmiers et aides-soignants, psychologues et ergothérapeutes, mais aussi avec la cadre de soins, les secrétaires et les assistantes sociales qui y assistent également. Les personnes occupant ces trois dernières fonctions hospitalières fournissent des éléments non cliniques, mais qui aident largement les médecins à prendre les décisions d'orientation de leurs patients. Comme l'exprime Dr Chotik, la cadre de soins intervient auprès des médecins pour transmettre des messages que les soignants veulent leur faire passer. Elle est un relais managérial crucial pour les médecins. Le « ras-le-bol » de l'équipe à l'égard d'un patient ou d'un comportement précis peut être pris en compte par le médecin dans ses choix thérapeutiques, en plus de l'évaluation clinique du patient.

Les assistantes sociales appartiennent encore à des lignes hiérarchiques différentes (voir Barrett, 1999, p. 77-82) et répondent aux besoins des professionnels de leur service. Lors des réunions, elles sont souvent capables de donner des informations précises sur la situation sociale

(ouverture de droits sociaux, mutuelle, situation professionnelle, financière, logement, etc.), la situation judiciaire, ainsi que sur le contexte familial plus largement. Au CHS Madeleine Pelletier, les assistantes sociales ou les secrétaires qui participent quasi systématiquement aux transmissions matinales donnent par exemple leur avis sur le comportement de la famille : « *La mère, elle a autre chose à faire, elle est très compliquée. La sœur par contre, c'est vraiment un support pour moi, elle m'envoie tous les documents ; c'est elle qui l'aidait avec les papiers. Elle m'a dit qu'elle serait prête à le récupérer.* » (assistante sociale de l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, staff, novembre 2018). Ici, c'est l'assistante sociale qui a échangé plus longtemps avec la sœur du patient dont il est question. Elle apprend au médecin que la sœur pourrait héberger son frère à sa sortie de l'hôpital, ce qui permet au médecin d'imaginer une sortie plus rapide que s'il fallait organiser une sortie en structure d'aval.

Ces informations sont cruciales pour les équipes puisqu'une multitude d'éléments extrapsychiatriques sont pris en compte pour déterminer l'orientation d'une personne. L'existence d'un domicile, la place de l'entourage, l'accès à des aides sociales sont des critères qui entrent directement dans la prise de décision de l'équipe.

> Le cas de M. Hène. Extrait de journal de terrain, réunion clinique dans l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018
>
> M. Hène n'est pas français, et a menti sur son âge aux autorités françaises pour apparaître mineur et demeurer sur le sol français. La tante a confirmé qu'il était plus âgé, elle refuse de donner son âge. Il consomme des toxiques. « Il a dû avoir un passé migratoire très dur, mais on n'a très peu accès à lui ». « Il n'a aucune conscience des troubles ».
>
> Il vivait dans un foyer depuis son arrivée en France dont il a été exclu après des faits de violences. Il a voulu y retourner pour récupérer des affaires, mais on ne l'a pas laissé rentrer et il a tenté d'y mettre le feu. C'est dans ce contexte qu'il est hospitalisé.
>
> On évoque ensuite les orientations possibles :
>
> Il devrait aller à l'hôpital de jour, mais il n'a pas d'hébergement ; idem pour le CMP, « on peut le mettre n'importe où, de toute façon, il est SDF donc ça ne change rien pour lui » (Dr Parc).
>
> Dr Varoufis propose de le mettre en programme de soins.
>
> Dr Parc : « Non, on met pas des patients comme ça [SDF] en programme de soins. S'il ne vient pas et qu'il faut aller le chercher, tu vas aller le chercher où ? Non non, c'est trop risqué. Et s'il fait une connerie alors qu'il est sous ta responsabilité ? Tu vas être en porte à faux. Ce ne sera pas forcément des conneries psychiatriques. Et puis bon, dans la rue il se débrouille. Il n'a pas de problème d'argent puisqu'il *deale*. Moi je pense qu'il faut le laisser partir. De toute façon, soit il revient, soit il se fait arrêter »
>
> (…) La décision est finalement prise de le garder encore un peu, et puis le faire sortir en espérant qu'il vienne de temps en temps aux rendez-vous au CMP.

Cette situation tirée d'un carnet de terrain donne à voir un patient qui conjugue des prises de toxiques et des troubles mentaux qui sont très peu décrits lors de la discussion (et lors des autres réunions) au profit de sa situation sociale complexe, qui couple précarité économique et illégalité sur le sol français. La mention d'un diagnostic, ou même d'un tableau détaillé n'est pas nécessaire pour définir une orientation au moins provisoire. D'après la Dr Parc, il faut éviter que l'équipe soit responsable judiciairement de ses éventuelles fautes de comportements. Elle déconseille alors de le placer en contrainte judiciaire, sous laquelle il pourrait faire « *des conneries pas forcément psychiatriques* ». Cette observation est cohérente avec la manière dont sont prises les décisions d'hospitalisation sans consentement dans un service d'urgences : des « éléments extrapsychiatriques » sont pris en compte par les médecins en complément des éléments cliniques, et notamment pour neutraliser les risques de judiciarisation contre eux (Tartour, 2018, p. 196 et suivantes).

Cette division du travail d'observation et du recueil de données plus largement s'étend au-delà du service d'hospitalisation. Elle prévaut également dans les communications avec d'autres services et structures. Les discussions portant sur les symptômes se font entre médecins alors que les précautions relatives à la vie dans le service sont traitées dans l'équipe infirmière et éventuellement en passant par la cadre du service. Les informations relatives à la situation sociale et familiale sont transmises par les assistantes sociales, éventuellement avec le concours des secrétaires médicales.

Cette division du travail n'est pas stabilisée une fois pour toutes et dépend également de la manière avec laquelle les professionnels endossent leurs rôles. Dans l'unité Camille Claudel, deux soignantes se détachent de l'équipe par exemple et apparaissent volontiers comme « référentes ». Leurs avis sont pris particulièrement au sérieux, à la différence de ceux d'un médecin de la même unité auquel ses consœurs attachent peu de crédit professionnel (voir section B.3).

Cette section a montré que les équipes de soins utilisent des techniques du regard et de l'écoute pour accéder aux symptômes du patient. On observe ainsi une série de savoirs de type clinique relativement stabilisés et inscrits localement sur les maladies et leurs manifestations : un patient présentant un syndrome de Diogène ne sera pas capable de conserver une hygiène de vie convenable ; un patient qui tremble et se touche les mains pendant l'entretien peut révéler une toxicomanie. L'utilisation de ces savoirs s'opère dans un double mouvement : à la fois c'est par les manifestations que l'on qualifie la maladie et en même temps la qualification

pathologique d'un patient permet d'anticiper et de construire des attentes relatives à son comportement.

B. Techniques de langage et configurations sémantiques : un travail d'alignement narratif

> « La construction tâtonnante de vérités indiscutables par la discussion des humains m'a toujours paru plus intéressante, plus durable et plus digne. »
> (Latour, 2004)

La sociologie de la quantification (Porter, 1995, 2012 ; Desrosières, 2012, 2013) a montré que les chiffres deviennent progressivement le mode d'objectivation du réel privilégié pour leur capacité à éloigner l'observateur de son objet, en annihilant la dimension personnelle d'unicité de ceux qui le composent et construisant par là un objet plus facilement manipulable. Il faut distinguer deux manières d'appréhender les chiffres en médecine: d'une part les chiffres visant à décrire par la mesure divers phénomènes biologiques et d'autre part les statistiques qui vont permettre des analyses sur une population d'individus nombreux afin de connaître la prévalence d'une pathologie (épidémiologie) ou bien des tests cliniques (dont la version randomisée et en double-aveugle est le test de référence) qui permettent de jeter les premières pierres de l'*evidence based-medecine* – supposant d'ailleurs par son titre que l'administration de la *preuve* médicale ne peut se faire que par les chiffres[1].

Au réductionnisme chiffré, les psychiatres préfèrent utiliser des mots pour décrire les patients, leurs comportements, des actes passés, répéter leurs paroles et éventuellement, en bout de ligne remettre du sens dans leurs actions. « *Only through the interpretative work of thick description, […] can we make sense of human actions and exchanges* » (Porter, 2012, p. 11).

[1] Dans un ouvrage récent, *Genetics in the Madhouse, The Unknown history of Human Heredity,* Theodore M. Porter (2018) produit une histoire des recherches en génétiques. Il décrit comment à côté de la recherche sur l'hérédité produite dans des laboratoires et aboutissant à la découverte des gènes et de la forme hélicoïdale de l'ADN, une autre manière d'objectiver les liens héréditaires a émergé à partir de la fin du XVIIIe siècle : « *the tradition of amassing ordering, and depicting data of biological inheritance, specially in humans »* (p. 2). Cette technique a notamment été utilisée dans les asiles et dans des institutions éducatives pour enfants déficients. Elle vise à repérer des constantes comportementales chez les membres d'une même famille à partir d'une somme importante d'informations narratives sur les personnes prises en charge. La comparaison qualitative des cas permettant *in fine* d'en déduire des normes génétiques.

Cette phrase tirée d'un article que Theodore M. Porter publié en 2012[1] enjoint les sciences sociales à poursuivre un effort de *thick description* ou *description épaisse* du monde, avant de passer à l'interprétation et à l'analyse pour ne pas verser dans la simplification. De la même manière, les psychiatres semblent adeptes de la *thick description* pour conférer du *sens aux actions humaines* qu'ils traitent – par opposition à l'utilisation de représentations chiffrées participant à simplifier et amincir la réalité du malade. Dans cette section, nous nous intéressons non pas aux techniques médicales visant à acquérir des connaissances sur le patient et son état de santé, mais à la manière dont ces connaissances sont restituées, mises en récit puis interprétées pour constituer un *discours* sur le patient et éventuellement un *diagnostic.* Nous mettons l'accent sur ce que nous appelons à l'instar de Théodore Porter la *description épaisse* des comportements, qui permet une interprétation diagnostique entre les soignants de l'équipe[2].

Les staffs ou transmissions sont des lieux d'observation privilégiés du travail perpétuel de catégorisation à l'œuvre en psychiatrie (Velpry, 2008, p. chap. 3). Au cours des échanges, les professionnels privilégient le régime de preuves en discours que nous appelons « narratif ». En effet, pour expliquer une prise en charge, une décision, un diagnostic, le médecin et son équipe recourent à un étayage argumentatif s'appuyant sur un vocabulaire plus ou moins précis et souvent varié permettant de décrire les symptômes de la personne soignée et/ou son comportement. Hautement descriptif, ce langage n'en reste pas moins normatif, désignant des comportements comme valorisés et d'autres dévalorisés (pathologiques ou non).

Les professionnels exercent une mise en récit des comportements définis comme pathologiques (1). L'activité collective de discussion permet ensuite de stabiliser une catégorie diagnostique à travers un travail d'*alignement* narratif (2). Si la catégorisation diagnostique apparaît peu centrale pour organiser le travail psychiatrique toutefois, des écarts de conception conduisent à des difficultés organisationnelles, pouvant aller jusqu'à disqualifier la personne comme patient non psychiatrique (3).

[1] Il y reprend à son compte les efforts de l'anthropologue Clifford Geertz qui publie en 1973 un recueil d'articles, précédé d'un texte introductif proposant, à partir de l'expression du philosophe Gilbert Ryle (voir Ryle, 1949) de recourir à la *description épaisse* pour décrire avant d'interpréter les actions humaines et les cultures (Costey, 2003 ; voir notamment Geertz, 1973, 1998).

[2] Nous ne traitons pas dans ce chapitre des moments de discussion autour du diagnostic impliquant le patient et / ou sa famille comme cela peut avoir lieu lors des entretiens ou même au tribunal avec le Juge des Libertés et de la Détention (voir première partie).

1) Le « tableau psy » : casuistique et mise en scène de l'incertitude

En médecine, la casuistique renvoie à la fois au fait d'étudier des « cas cliniques » c'est-à-dire de sélectionner et compiler les éléments d'intérêts au sujet d'une situation et à l'exploitation de l'ensemble des cas cliniques d'une étude pour en tirer des règles d'action. À partir des données recueillies, les soignants *construisent* un cas clinique qui suit à la fois des principes généraux, la connaissance des cas passés et les particularités d'un cas précis. « [La métaphore de la « construction »] *porte l'idée que l'hôpital prend une personne et construit des couches d'évaluations cliniques et de définitions professionnelles sur elle et autour d'elle jusqu'à ce que cette personne soit devenue un cas* » (Barrett, 1999, p. 56). Livia Velpry évoque la *transformation* de « *l'histoire et la situation de vie* […] *en cas* » (Velpry, 2008, p. 106)[1]. Ce travail de construction vise à sélectionner les informations pertinentes au sujet du patient et de sa pathologie puis de les agencer de manière cohérente afin d'en donner une image générale.

Souvent, la construction d'un « tableau » psychiatrique apparaît comme une étape intermédiaire dans la chronologie du travail clinique : elle s'insère après le recueil des données et avant l'énonciation d'un diagnostic. Toutefois, l'articulation entre ces trois étapes et leurs temporalités ne décrivent pas un schéma stable. Dans le cas des maladies mal définies ou qui présentent des « tableaux variables » – comme c'est le cas en psychiatrie – le tableau est moins une phase préliminaire qu'une technique sémantique visant à mettre en scène l'incertitude, comme on peut le lire dans les exemples suivants.

> Extrait de journal de terrain, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier
>
> (juillet 2018) Mme Zéni : elle vient d'arriver de [la commune voisine], tableau schizophrène avec agitation, elle est très très agitée, avec fausse reconnaissance.
>
> (novembre 2018) Mme Trigalle : Elle est atypique et il n'y a pas de tableau clair. Elle est post-trauma ou dépressive…

Le « tableau » est moins péremptoire que le diagnostic et nous nous approprions cette remarque de Livia Velpry (2008, p.118) : « *D'après mes observations, une description contextualisée des troubles et leur évolution sera souvent préférée à un diagnostic pour décrire un patient* ». Lorsque l'on passe par le tableau pour décrire un état pathologique, on met ainsi en lien, de manière prudente, des comportements et la présence d'une maladie, en même temps

[1] Elle distingue les cas psychologiques et les cas psychiatriques selon l'orientation qui leur est proposée à l'issue de la réunion d'admission. Dans une unité hospitalière les cas sont quasi tous des cas psychiatriques.

que l'on justifie les raisons pour lesquelles on fait cette hypothèse diagnostique en donnant des détails. En psychiatrie, l'usage de ce terme semble désigner davantage l'œuvre picturale qui représente par des contours une scène ou un personnage plutôt que la disposition graphique en ligne et en colonne qui met en relation des éléments et des catégories. L'usage du tableau n'en est pas moins normatif. La dimension justificatrice ou argumentative y est particulièrement prégnante. En effet, il s'agit bien à travers une description bien menée de convaincre l'auditoire, les collègues ou le patient lui-même, de la légitimité d'une décision, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou autre. Pour faire accepter une nouvelle contrainte, un « cadre resserré » à un patient, le médecin a tendance à passer en revue les éléments comportementaux qui l'ont conduit à prendre cette décision.

Lorsque nous assistons aux réunions de transmission, il est fréquent que les avis donnés sur les patients, qu'ils soient entrants ou hospitalisés depuis plusieurs jours voire semaines, ne mentionnent pas de catégorie nosographique. Des qualificatifs appartenant au champ lexical de la psychiatrie suffisent pour décrire le comportement. L'absence de diagnostic explicitement énoncé ne renvoie pas nécessairement à l'indécidabilité du médecin ou de l'équipe. Parfois au contraire, cette absence révèle à l'observateur l'évidence du diagnostic partagée par tous les professionnels.

Certains adjectifs reviennent souvent pour décrire l'état des patients « *mal* », « *triste* », « *agité* », « *adapté* », « *amélioré* », « *sédaté* ». Certains valorisent le comportement du patient (adapté, amélioré) et d'autres décrivent des comportements jugés négativement (mal, agité). L'échelle de valeurs interne à la profession permet aux professionnels de jouer avec le sens qu'on leur attribue. Les infirmiers utilisent ainsi des « mots-clefs » pour amener un médecin à prendre une décision au sujet d'un patient (Mougeot, 2019, p. 199). Par exemple, lorsqu'une infirmière annonce en transmission que « le sortir d'iso pour le faire manger dans le sas, ça l'a fait *dégoupiller* en rentrant » (a donné lieu à une crise), le psychiatre suspend l'autorisation de sortir de la chambre d'isolement pendant les repas. Pour compléter la présentation des cas faite par l'usage d'un vocabulaire choisi, des situations concrètes sont racontées par les équipes.

La cohérence du tableau est recherchée par les professionnels à la fois comme exercice de style pur, et pour permettre l'énonciation du diagnostic. Si des éléments du comportement de la personne sont contradictoires ou exclusifs entre eux pour l'apposition du diagnostic, il s'agit de trouver des parades sémantiques pour expliquer la superposition de différents éléments apparemment incohérents. Une stratégie largement répandue est de faire preuve de défiance face au discours du patient afin de disqualifier certains traits.

> Extrait de journal de terrain, staff à l'unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, juillet 2018
>
> M. Sénac : il est particulier, extrêmement froid, fond paranoïaque, il pense qu'on a manipulé sa sœur pour qu'elle accepte de signer l'hospitalisation. Le « *tableau actuel* » est très inquiétant, pour Dr Parc : « *C'est le plus inquiétant. Il a un fonctionnement très parano. Je ne sais pas s'il fait très déprimé. Il n'y a pas de dévalorisation, pas de remise en cause de lui-même*. »

Dr Parc n'est pas convaincue de la réalité des symptômes dépressifs exprimés par le patient, et elle justifie en quelques mots sa critique. Dans cet exemple, elle souhaite poursuivre l'hospitalisation ainsi que le maintien en chambre d'isolement, voire même durcir les conditions d'hospitalisation – l'équipe réfléchit à un transfert en USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques) pour soulager le service quelques semaines. Pour poursuivre la prise en charge dans les meilleures conditions pour l'équipe (avec transfert prochain ou non), il faut travailler la cohérence du cas.

De manière générale, le diagnostic est discuté, mais il ne fait pas l'objet d'un échange systématique et ordonné ayant pour but d'aboutir nécessairement à l'apposition d'un diagnostic. Cet état de fait répond également à une fonction peu décisive du diagnostic dans une série de décisions. Du point de vue de la prescription médicamenteuse, il est souvent dit que les traitements en psychiatrie servent avant tout à atténuer des symptômes ou manifestations symptomatiques, mais n'ont pas pour objectif d'agir sur la maladie en entier. Dans les cas de patients psychotiques, on cherche plus à soigner « les délires » que la « schizophrénie » en tant que telle. La description du comportement a donc plus d'importance que l'apposition d'un diagnostic. Les outils matériels, tels que le dossier patient informatisé (DPI), intègrent cette spécificité du travail psychiatrique. Dans l'établissement Madeleine Pelletier, le DPI, tel qu'il a été configuré, requiert que le diagnostic soit codé uniquement pour clôturer le séjour et laisse donc un délai au médecin pour prendre une décision diagnostique :

> « Ça dépend. Quand ça ne pose pas de problème, je le mets au début [dans le dossier patient], ça évite d'oublier. Mais c'est clair que je ne m'y oblige pas. Si je ne sais pas trop, ou que je veux me laisser la chance de changer d'avis, je ne mets rien […] Après on a toujours une petite idée derrière la tête quand même. Assez vite on se dit « ah, lui, il est psychotique », mais c'est important de se laisser le temps ».
>
> Dr Chotik, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, juin 2018

Il existe bien une connaissance immédiate de la pathologie que le médecin lui-même a du mal à justifier rationnellement. Cette connaissance immédiate est typique des savoirs dits « *indéterminés* » (voir Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977). Particulièrement en médecine, le

« jugement clinique » se réfère souvent à ce savoir instantané, cette évaluation brute de la situation pour laquelle un professionnel expert dans le domaine n'a pas besoin de segmenter la situation pour en étudier des morceaux individuellement, mais est capable d'en donner une appréciation globale. Ce mode de connaissance instantanée ne sédimente pas nécessairement les catégories de connaissance dans le temps. Le médecin, à travers la discussion avec l'équipe, et les modifications dans l'état comportemental du patient, notamment grâce aux médicaments, peut amender son jugement sur la réalité psychique de la personne, bien que rarement de façon radicale. Si l'observation clinique est directe et non outillée par des instruments, il en va de même pour l'interprétation qui est faite des observations. C'est en passant par la description des comportements et de l'état de la personne que l'on parvient à catégoriser, et non, ou très peu souvent, en outillant cette phase interprétative à des classifications *ad hoc*. Toutefois, la mise au jour de séquences dans le comportement et l'accent mis sur certains comportements plutôt que d'autres permettent d'échapper à la simple description.

2) Les qualifications diagnostiques comme activité collective

Nous nous concentrons sur un rôle fondamental de l'oral dans les services de soin : la *catégorisation.* Samuel Lézé (2013) décline le processus de catégorisation en trois mécanismes : *l'identification, la dénomination,* et *l'inclusion dans un système de référence.* Il s'agit par-là de déceler le caractère pathologique de la personne, le nommer expressément par un terme consacré, ce qui fait entrer le patient dans une catégorie reconnue par les autres membres de la profession. L'évaluation qui donne lieu à cette catégorisation diagnostique ne tient pas uniquement de l'attribution d'une identité morale négative, le « stigmate » de la maladie dans une lecture goffmanienne, mais aussi de celle d'une identité positive, un « statut », puisque c'est celle-ci qui va permettre la poursuite du parcours patient. La reconnaissance du *statut* de la personne permet de mettre en ordre le monde social et d'objectiver la relation du médecin au patient.

Céline Borelle (2017) propose une analyse du travail diagnostique à partir de sa dimension temporelle, pour en donner une approche séquentielle. Cette approche est rendue possible par la spécificité du lieu où elle enquête (un centre *spécialisé dans le diagnostic* de l'autisme). Cette approche est cependant inappropriée pour interpréter les données issues de nos terrains ethnographiques. En effet, bien loin de présenter une méthodologie minutieuse de l'activité diagnostique, les professionnels observés font preuve de modes d'appropriations et

d'usages des catégories diagnostiques très diversifiées. Dans les secteurs psychiatriques où nous avons enquêté, et de manière cohérente avec la littérature (Barrett, 1999 ; Mougeot, 2019 ; Velpry, 2008) si « *le travail clinique est structuré en termes de temps et d'espace* » (Barrett, 1999, p. 55), le processus d'apposition du diagnostic ne suit pas un schéma temporel ou organisationnel linéaire. Tous les professionnels ne s'accordent pas nécessairement sur la catégorie diagnostique pour un patient hospitalisé. Les diagnostics émergent à certains moments cruciaux de la prise en charge et dans certaines séquences d'échange entre professionnels. Ainsi, dans notre cas, une lecture attentive aux relations de pouvoir internes à la profession, au sein de l'unité et plus largement, permet de mieux appréhender les enjeux saillants dans la construction diagnostique (Cicourel, 2002).

a) Des catégories problématiques « en elles-mêmes »

Le diagnostic suppose l'observation des symptômes ainsi que des catégories nosologiques préexistantes (Cambrosio et al., 2009, p. 193) ; il s'agit de faire correspondre les observations à une catégorie de la classification des maladies. En psychiatrie, des débats subsistent sur la classification à retenir, au-delà même des usages ou de l'application à des cas concrets. L'abondance des travaux critiques au sujet du *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)[1] (notamment à partir de sa version III) à l'étranger (Kirk et Kutchins, 1992, 1998) et en France (Adam, 2012 ; Chapireau, 2013 ; Minard, 2013) a tendance à survaloriser l'usage qui en est fait en France, dans les pratiques cliniques – les classifications pouvant être plus abondamment utilisées dans des activités de recherche (Brun et al., 2015). Malgré les critiques, le DSM dans sa cinquième version subsiste comme outil international de classification des troubles. D'après Philippe Le Moigne, « *si le manuel s'est imposé, c'est sans doute parce que sa confection a réuni la plupart des instances mobilisées par la désignation formelle des troubles, qu'il s'agisse des sciences biomédicales, de l'administration sanitaire, des professions psychiatriques et psychologiques ou bien encore des représentants des minorités et des mouvements de patients. Ainsi, cette entreprise a été d'emblée projetée au cœur des tensions qui ont entouré la qualification de l'affection mentale* » (2018, p. 23). En cela, ses promoteurs comme ses détracteurs estiment qu'il s'agit d'un outil a-théorique. Ce qui est une qualité pour les uns dans sa capacité à fédérer et à comparer des recherches aux méthodes et

[1] Le DSM est un manuel dont la première version est publiée en 1952 par le *American Psychiatric Association* (APA) répertoriant les diagnostics psychiatriques et les symptômes qui y sont associés.

sources variées est un péril pour les autres puisque la psychiatrie ne pourrait se concevoir de manière a-théorique, dans la mesure où la pratique est sous-tendue par une « politique du patient » et du citoyen plus largement (voir Jacqueline, 2006).

Nous observons sur le terrain des médecins qui ont très peu recours à ce manuel ou à d'autres classifications d'*objectivité régulatoire* (Cambrosio et al., 2009 ; Cambrosio, Keating et Bourret, 2007 ; Keating, 2015) – à l'exclusion de la 10ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) qui est utilisée dans le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (voir seconde partie).

Outre le caractère nécessairement théorico-politique de la pratique psychiatrique et de ses catégories, un certain pragmatisme guide les psychiatres dans leurs usages des catégories diagnostiques. Une locution simple ne permettrait pas de décrire l'état psychique d'une personne de manière complète. La superposition de la personne et de sa maladie demeure rare (un patient est rarement simplement « schizophrène » ou seulement « bipolaire »), et s'efface le plus souvent au profit d'une description dense des symptômes et des caractéristiques de la maladie. Comme l'indique le psychiatre dans l'extrait suivant, il s'agit de construire le cas clinique à partir d'une infinité d'éléments qui permettent *in fine* de préciser la « forme » de la catégorie nosologique que présente le patient :

> « Oui bien sûr, bon l'histoire c'est qu'il est schizophrène, mais y a des tas de façons d'être schizophrène même si on peut dire au niveau génétique « oui ils ont les mêmes gènes et ainsi de suite ». Bon je dis pas que c'est uniquement génétique, mais bon. D'ailleurs c'est peut-être ce qui donne les différentes formes, c'est la rencontre avec les événements de vie, *life events*, voilà. Bon, dans le service où j'étais pendant 24 ans on n'employait presque pas le terme de schizophrène, c'était psychotique, bon, mais de quelle forme ? »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

Il indique également dans cet extrait d'entretien que l'usage des diagnostics répond également à des coutumes locales dont une partie peut dépendre de l'orientation clinique du service. Les diagnostics sont utilisés comme des *appuis conventionnels* au sens de Nicolas Dodier « *c'est-à-dire l'ensemble des ressources qui permettent d'élaborer une communauté, même minimale, de perspectives pour coordonner des actions*. » (1993a, p. 66). Nicolas Dodier insiste sur le caractère *conventionnel,* au sens où les notions et les manières de faire, que recouvrent ces *appuis,* sont l'œuvre d'un travail précédent de concertation. Ce travail peut se situer à des échelles diverses.

Pour les diagnostics, un premier travail de concertation s'effectue au niveau international de la communauté médicale étudiant les troubles de santé mentale. Mais un autre niveau de recherche de l'accord s'effectue très localement dans des équipes de soins qui s'accordent, de manière plus ou moins explicite et plus ou moins durable, sur les modes d'usage acceptables de telle ou telle notion. Entre ces deux niveaux, une multiplicité de scènes intermédiaires participe à construire les différentes définitions de ces objets. Les sociétés savantes, les équipes de recherches, les instruments d'action publique qui utilisent les classifications sont autant d'espaces où circulent les catégories et qui participent à produire des modes d'action localement. D'après les professionnels, la stabilisation d'un diagnostic n'est pas importante en soi. L'important est qu'il existe une *convention* suffisante (même si elle n'est pas diagnostique) qui rende possible l'action collective dans le service de soins :

> « Je crois qu'il y a toujours eu des hésitations dans la psychiatrie française entre troubles bipolaires et schizophrénie. Quand il y a dans des troubles bipolaires des idées délirantes ou quand il y a dans la schizophrénie des épisodes d'états maniaques c'est-à-dire un état d'excitation euphorique ou des états mélancoliques, c'est-à-dire des épisodes dépressifs graves. Le diagnostic peut être incertain longtemps. Mais j'ai envie de dire, peu importe. Ce qu'il faut c'est arriver à mettre une thérapeutique. Les thérapeutiques neuroleptiques peuvent aider aussi bien les uns et les autres. […] en l'absence de marqueurs biologiques, c'est compliqué. »
>
> Dr Minard, psychiatre dans le sud-ouest, juillet 2016

> « Je n'utilise pas vraiment les classifications. Je les connais, je n'ai pas besoin de les relire. Avec l'expérience, on reconnaît un schizophrène quand on entre dans la pièce. Des fois on peut être surpris et ça arrive qu'on se dise « ah tiens, c'est peut-être pas ça finalement… », mais enfin c'est pas très grave, s'il y a des délires, c'est bien qu'il y a un fond de schizophrénie, après il peut y avoir des choses qui se surajoutent, comme de la bipolarité ; ça change pas forcément le traitement et ça change pas vraiment notre manière de le prendre en charge, pas au début en tout cas »
>
> Dr Parc, unité Camillle Claudel, CHS Madeleine Pelletier, mars 2019

Les médecins affirment toutes et tous[1] en entretien ne pas utiliser les classifications dans leur démarche clinique, diagnostique et thérapeutique. Ces deux psychiatres interrogés dans des contextes différents partagent cet intérêt particulier pour le traitement. Dans leur conception du soin, le diagnostic n'est qu'un raccourci pour organiser la stratégie thérapeutique. Il n'est pas nécessaire de l'emprunter, et il est encore moins une fin en soi.

[1] Seul un médecin psychiatre d'origine étrangère qui a effectué ses études dans différents pays d'Europe dit utiliser parfois les classifications et les relire de temps à autre.

b) Dévoiler le diagnostic au patient ? Un triple enjeu

Une question centrale de l'usage des diagnostics, particulièrement en santé mentale, est celle de l'annonce au patient. Depuis la loi du 4 mars 2002, l'annonce du diagnostic est devenue un enjeu particulier pour toutes les disciplines médicales. Certaines spécialités mettent en œuvre des protocoles précis adossés à des principes éthiques forts concernant les droits des personnes et le respect de leurs volontés notamment à travers la notion de décision partagée sur la stratégie thérapeutique à privilégier. Si dans de nombreux domaines, cette transition d'une relation médicale marquée par un paternalisme plus ou moins bienveillant au modèle de la décision partagée est loin d'être achevée et prend des formes variées, la psychiatrie présente encore des particularités.

Cette question est plus complexe qu'une approche dichotomique visant à *dire* ou *ne pas dire* le diagnostic. D'abord, la communication médecin-malade représente un enjeu particulier pour la traduction des savoirs d'un langage médical vers un langage compréhensible par tous. Ensuite, un deuxième enjeu se situe dans la temporalité de l'annonce. Enfin, un troisième enjeu recouvre le système d'attentes croisées, du malade et du médecin, qui se met en place quasi instantanément lorsque le diagnostic est annoncé. Ces trois enjeux sont largement entremêlés et se renforcent les uns les autres.

Le premier enjeu est donc celui de la traduction des savoirs d'un langage médical vers une forme de communication qui sera comprise par le patient. Celle-ci engage donc déjà une série de croyances concernant les habiletés supposées du patient. Elle ne nécessite pas nécessairement de dénommer la catégorie diagnostique, mais du moins de décrire un ensemble de symptômes, voire de causes associées. Il s'agit dans tous les cas de reformuler la parole du patient.

> « Après, il y a un temps où on se pose, où presque symboliquement, on pose le stylo. Après, on essaye de reformuler ce que le patient a dit, ou ce que, nous, on a compris de ce que le patient nous a raconté, pour être bien sûr qu'on est en phase. Là, éventuellement, mettre un terme ou médical, ou un diagnostic. Expliquer : « de ce que vous m'avez expliqué, je pense que ça ressemble un peu à ça, à de la dépression, à un trouble anxieux ». Essayer de reformuler et de mettre un mot un peu là-dessus. Après, s'il y a besoin, c'est aborder la question d'un traitement, d'un suivi psychothérapeutique. »
>
> Dr Berce, psychiatre, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

La question de ce que l'on décide de dire et ce que l'on préfère taire est intimement liée à celle de la temporalité de la relation. Des éléments tus pendant un temps (ou bien dits sous

réserve d'amples modalisateurs) peuvent resurgir dans l'interaction lorsque le médecin estime que la personne est prête à l'entendre ou qu'ils sont devenus nécessaires pour le déroulement des soins. Le délai entre la rencontre d'un patient et l'annonce d'un diagnostic renvoie également au temps de la réflexion clinique du médecin, qui n'est pas d'emblée convaincu d'avoir identifié le *bon* diagnostic. Ces incertitudes peuvent être révélées au patient.

> « On va pas non plus dire un mot… Je pense que c'est important aussi de pouvoir dire : « là, je sais pas forcément trop, on a besoin de mieux se connaître, de se revoir, avant de mettre un mot plus précis », ce qui n'est pas toujours la demande du patient quand il vient d'ailleurs, pas forcément d'emblée. Moi, je préfère ne rien dire, ou dire : « on va prendre le temps de se connaître, de mieux se connaître et d'avoir plus d'informations ». Je pense que c'est aussi important pour l'alliance. Après, il y a des patients qui disent : « mais qu'est-ce que j'ai ? qu'est-ce que j'ai ? qu'est-ce que j'ai ? » Ceux-là, on va dire : « ça ressemble un peu à ça, mais soyons prudents, ne mettons pas les gens dans des cases, de toute façon votre souffrance, c'est la vôtre. La dépression, ça n'existe pas, c'est votre dépression et chez vous, elle s'exprime de telle manière ». J'essaie d'individualiser. »
>
> Dr Berce, psychiatre, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

« Individualiser », comme le dit le Dr Berce, c'est en fait adapter son discours au moment dans lequel il se déploie (le moment de la relation et le moment de la maladie) et à la personne. Le contenu de ce qui s'échange dépend ainsi largement d'un système d'attentes croisées.

> « Moi, ça dépend vraiment des patients. Il y en a, on sent qu'ils sont prêts. Moi, j'utilise pas mal le terme d'hypothèse diagnostique, enfin quelquefois. Effectivement, il y a des gens, on peut parler de la dépression par exemple, où c'est clair. Ça va les soulager qu'on leur dise : « voilà, vous êtes déprimé ». À partir du moment où je sens qu'il est vraiment déprimé, que je vais m'orienter vers éventuellement leur proposer un traitement. »
>
> Dr Worms, psychiatrie, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

La décision de l'annonce dépend largement de ce que le psychiatre infère des attentes du patient concernant sa prise en charge. Ainsi, Dr Worms fait valoir que certains patients peuvent être « soulagés » par l'annonce du diagnostic et ajoute qu'elle avance simultanément sur la question du traitement médicamenteux. Cette cooccurrence du diagnostic et du traitement dans la discussion avec le malade est révélatrice d'une certaine volonté de *médicaliser* la maladie mentale ainsi que de rendre acceptable le traitement médicamenteux. Certains médecins, soucieux d'éviter les effets de stigmatisation potentiellement induits par un diagnostic psychiatrique, agencent le diagnostic dans un discours plus large sur la maladie mentale. Deux stratégies discursives et non exclusives entre elles sont alors observables : *normaliser* et/ou *somatiser* la maladie pour la rendre plus facilement accessible aux patients. La *normaliser*

revient à faire valoir que la maladie n'est qu'une forme de normalité parmi d'autres et qu'elle touche une multitude de personnes. *Somatiser* la maladie relève d'un effort pour mettre en parallèle la maladie mentale avec d'autres types de maladies, qui induisent toujours des adaptations nécessaires dans la vie du patient – notamment concernant la prise régulière du traitement pour atténuer les effets de la maladie[1].

> « Il y a des médecins, il y a des hôpitaux et il y a des médicaments pour soigner. […] moi ça m'arrive dans les troubles de l'humeur chroniques, les patients qui ont des schizophrénies, c'est de faire un parallèle avec une pathologie somatique. Souvent, ils me disent : « j'arrête mon traitement, j'ai pas envie », je dis : « il y a des gens qui ont du diabète, des gens qui ont de l'hypertension, ces gens-là doivent prendre des médicaments toute leur vie et, vous, c'est celui-là, c'est pas autre chose ». […] Souvent les patients, on leur dit : « un patient qui est hypertendu, il prend son antihypertenseur, s'il l'arrête, qu'est-ce qui se passe ? », il va me dire : « la tension va remonter », « vous, c'est pareil ». Souvent, ils se disent : je vais mieux, donc je vais arrêter mon médicament. Souvent, de médicaliser, ça marche bien pour le coup. Et ça enlève un poids de culpabilité, en disant : « vous avez une maladie, mais il y a des médicaments, il y a des médecins, c'est pas parce que vous faites pas d'efforts ».
>
> Dr Berce, psychiatre, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

La médicalisation du diagnostic permet, dans l'esprit du médecin, d'externaliser la maladie de la personne et d'amoindrir son sentiment de culpabilité potentiellement ressentie par rapport aux symptômes (Moutaud, 2015). Le médecin tente ainsi d'*objectiver* la maladie, au sens d'en faire un objet, dans une certaine mesure, extérieur à la personne.

> « Moi, je peux même leur faire un petit dessin. Je leur dessine les synapses, je leur explique les neurotransmetteurs, pour un peu démystifier le problème psychiatrique quel qu'il soit. Encore plus avec les déprimés ou troubles anxieux, mais pareil avec les patients schizophrènes. […] « Voyez, moi j'ai des lunettes, je suis myope, moi aussi je suis malade » ».
>
> Dr Worms, psychiatre, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

Ces stratégies qui cherchent *in fine* à déspécifier la maladie mentale permettent également au professionnel de se replacer dans son rôle médical de définition de la cause du mal, par opposition ou au détriment des interprétations individuelles ou intimes du patient.

Ici, nous nous intéressons à la catégorisation en tant que processus. Celui-ci s'effectue largement à l'oral et prend la forme d'une négociation constante au sein de l'équipe et parfois avec le patient. À certains moments de la trajectoire, le diagnostic est destiné à être formalisé,

[1] Andrew Lakoff (2008) montre en ce sens que certains patients ont vu dans le développement de la psychiatrie biomédicale et les neurosciences, une opportunité pour déstigmatiser leurs troubles et être promus « gestionnaires » de leurs maladies, et non plus objet des soins.

voire sédimenté, sous une forme écrite – comme dans le DPI au décours de l'hospitalisation. Le passage à l'écrit ne détermine pas là non plus le diagnostic une bonne fois pour toutes, mais le fige pour une certaine durée et/ou dans un certain contexte, notamment lié à l'accès à des ressources sociales ou à une structure d'hébergement par exemple.

3) Les cas limites pour dessiner les frontières du territoire psychiatrique : les épreuves du diagnostic

Le diagnostic n'apparaît pas comme une notion centrale et explicitée dans la plupart des prises en charge que nous avons observées à l'hôpital. Pourtant, la qualification diagnostique représente dans certains cas une zone d'incertitude voire une source de conflits internes à l'équipe. Nous attirons l'attention du lecteur sur deux types de cas limites rencontrés lors des observations et qui nous permettent, dans une certaine mesure, d'en déduire des règles générales sur le travail de catégorisation à l'œuvre dans les services de soins.

Le premier type de cas suppose un désaccord interne à l'équipe sur le diagnostic à apposer sur un patient de l'unité. Le désaccord est renforcé voire induit par des problèmes relationnels et d'inégales reconnaissances de compétence qui précèdent et s'activent dans la discussion autour d'un cas singulier (1). Dans un second temps, nous restituons une pratique consistant à requalifier un patient comme « non psy » afin de l'orienter vers un service d'une autre spécialité. Cette (tentative de) *dis*qualification par les psychiatres intervient là aussi – même si elle est rare – lorsque l'équipe soignante se trouve en difficulté pour prendre en charge la personne (2).

Ces exemples sont tirés de l'observation des réunions cliniques, qui se tiennent à un rythme hebdomadaire à l'unité Camille Claudel. Elles durent environ une heure et demie et sont l'occasion de discuter plus longuement de deux patients (parfois un ou trois) qui « posent problème ». Les difficultés ressenties peuvent être de plusieurs ordres. Le plus souvent, il s'agit de comportements jugés inadéquats (un patient a agressé une autre patiente) ou de doutes sur l'orientation d'une personne (vers le médico-social, ou vers un autre service hospitalier, retour à domicile) ou encore une situation sociale complexe qu'il faut prendre en compte dans la prise en charge psychiatrique (un jeune homme étranger a menti sur son âge aux autorités). Dans la mesure du possible, tous les professionnels en poste au moment de la réunion sont présents, mis à part deux soignants paramédicaux qui demeurent à l'extérieur de la salle pour assurer la surveillance du service.

a) Les désaccords sur le diagnostic comme résultat et source de conflits : le cas de M. Lightson

Contrairement à d'autres spécialités médicales, le diagnostic en psychiatrie est réputé peu voire non prédictif de la stratégie thérapeutique. Pourtant lorsqu'il renvoie à une incertitude forte, il entraîne des difficultés dans le travail collectif et des dissensions parmi les professionnels : « *Moi, j'ai toujours dit qu'on devait tous avoir une idée diagnostique, c'est pas forcément un diagnostic et ça peut changer. Mais tout le monde dans le service doit pouvoir repérer les symptômes et y lier une idée diagnostique* » (Dr Minard, psychiatre dans le sud-ouest, juillet 2016).

Au cours des semaines d'observation dans le service Camille Claudel, le cas de M. Lightson est revenu à plusieurs reprises comme un « cas difficile ». Durant les échanges, il est très rare que son traitement médicamenteux soit discuté, au profit des restrictions (le « cadre ») que l'on peut faire peser sur sa prise en charge (chambre d'isolement, cafés, cigarettes, repas dans le sas, etc.). Les soignants paramédicaux se plaignent que les consignes données soient régulièrement modifiées, ce qui crée des conflits entre eux et ralentit le travail. Lors des réunions, quand ils expriment leur point de vue, c'est plutôt pour demander des conditions de prise en charge strictes. Selon eux, le patient est trop « dans la demande », et lorsqu'une marge de liberté lui est donnée, il a tendance à accroître les demandes : manger lentement pour rester dans le sas plus longtemps, fumer plusieurs cigarettes d'affilée pour demeurer un peu plus dans le jardin ou engager la conversation avec le soignant lorsqu'il entre dans la chambre.

> Extraits de journal de terrain, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, situation observée d'octobre à décembre 2018
>
> M. Lightson est âgé d'une petite quarantaine d'années à l'automne 2018 lorsqu'il arrive pour la première fois à l'hôpital psychiatrique dans un contexte de violence dans la rue avec une connaissance d'enfance de son quartier. Cette altercation lui a valu une chirurgie de la joue qui s'est infectée (staphylocoque doré). Il est suivi par Dr Varoufis à son arrivée qui le diagnostique bipolaire. Dans le service, il agresse violemment Dr Wid (elle aura plusieurs semaines d'arrêt) et il est mis en chambre d'isolement. En janvier, tous les soignants sont excédés par ce patient, toujours sous la responsabilité de Dr Varoufis alors que tous les médecins du service l'ont vu[1]. L'équipe peine à trouver « le bon cadre » avec le patient et les discussions tournent souvent autour des modalités de son hospitalisation concernant les sorties, les appels, les cigarettes, les effets personnels, etc.
>
> Lors d'une réunion clinique fin novembre sur son cas, trois médecins sont présents, Dr Varoufis, Dr Parc et Dr Chotik. La discussion porte sur les conditions de son

[1] Les patients en chambre d'isolement sont vus par les médecins tous les jours afin de signer les poursuites d'isolement toutes les 24 heures. Tous les médecins ne sont pas présents tous les jours, ce qui conduit les patients en isolement à être vus par différents psychiatres.

départ pour une USIP, notamment s'il doit être contentionné de manière préventive ou non. Pour la première fois, j'entends les médecins échanger sur le diagnostic.

- Pour Dr Varoufis il est « bipolaire avec un versant mégalomaniaque et une dépression atténuée » - ce médecin a toujours été le plus « permissif » ;
- selon le Dr Parc il s'agit d'un « psychopathe avec un tableau pervers » - Elle est particulièrement sévère quant aux restrictions pour le patient, elle est favorable à une contention et sédation anticipées ;
- et enfin pour Dr Chotik (elle dit que Dr Wid est du même avis) il est « surtout schizophrène, mais je ne suis même pas sûre en fait qu'il soit malade mental. Pour moi, il a surtout pété un câble à la suite de son infection de la joue et les histoires de bagarre avec ses camarades du quartier lui ont fait péter un câble. Les toxiques ne lui font vraiment pas du bien » - elle est souvent attristée par cette situation et adopte un comportement contenant et aimable avec lui ; elle serait favorable à des consultations en addictologie.

Nous avons assisté à plusieurs reprises aux visites en chambre d'isolement avec les médecins. À la suite, nous discutons systématiquement avec la psychiatre de l'échange. Dr Parc appose depuis le début le diagnostic de *psychopathe* et considère que *« sa place n'est pas à l'hôpital psychiatrique* ». Pour elle, les psychopathes ne peuvent profiter d'un suivi médical bénéfique, et elle est plutôt favorable à un parcours judiciaire. Dr Varoufis assume au contraire ne « *pas percevoir les patients comme dangereux* », il ajoute que quand *« ils sont en chambre d'isolement, ils ne peuvent quand même pas faire grand-chose* ».

Ce cas illustre les usages ambivalents du diagnostic. Des différences d'appréciations du fondement de la présence du patient dans le service conduisent à des prises de décisions très différenciées. Ici, la discussion collective des interprétations diagnostiques intervient après un séjour de plusieurs semaines dans le service. Elles sont utilisées par les médecins comme catégories synthétiques pour décrire les comportements du patient d'une part, mais également comme ressorts de justification et légitimation des décisions prises à l'endroit du patient.

L'observation de ce cas a été l'occasion de découvrir l'existence de conflits établis au sein de l'équipe médicale. Par sa position de médecin référent, Dr Varoufis devrait avoir une plus grande maîtrise de la relation thérapeutique et de l'apposition du diagnostic. Cependant, les décisions du Dr Varoufis sont souvent critiquées, voire modifiées, par ses consœurs dans le service[1].

[1] Parmi les raisons invoquées par les professionnels, le fort accent du Dr. Varoufis rend parfois la compréhension difficile et pose de sérieux problèmes de coordination et les soignants font souvent valoir qu'il est impossible pour un patient en pleine crise de comprendre ce qu'il dit.

En entretien, il apparaît que Dr Varoufis est plus attaché aux procédures et se réfère plus volontiers aux standards de la discipline que ses consœurs. Il distingue son approche des diagnostics tirés de la CIM-10 de « *la tradition de la psychanalyse* [qui] *est plus forte en France* ». Il ajoute pour comparer son investissement dans l'apposition des diagnostics à celui de ses confrères français : « *Des fois, c'est intéressant d'analyser les patients, etc. Mais moi je préfère donner un diagnostic* ». L'autre point sur lequel il insiste en entretien pour se démarquer d'une psychiatrie *à la française* concerne les restrictions de libertés, qui lui semblent « exagérées » en France.

> « Une chose que je n'ai pas aimée depuis le début en France, c'est le temps que restent les patients en chambre d'iso. Chez nous [en Grèce], il n'existe pas de chambre d'iso, il existe que la contention. Pour la contention, le médecin est censé passer toutes les heures, de réévaluer, chose qu'on ne fait pas [en France], mais en général il passe dans la journée pour réévaluer. De rester un week-end en contention, je le considère comme exagéré, ou de le rester pendant la nuit. Je considère que c'est assez exagéré. En France, je crois que la loi donne la possibilité au médecin de passer une fois sur les 24 heures. Ça fait rester beaucoup les patients en chambre d'isolement et contentionnés. Je crois que, ici, il existe la mentalité de la sécurité en France. Quand je suis arrivé en France, la première mauvaise impression, c'était ça, le temps qu'ils restent en chambre d'iso. »
>
> Dr Varoufis, psychiatre, unité Camillle Claudel, CHS Madeleine Pelletier, avril 2019

Ce qu'il me confie avoir été sa « première impression » des prises en charge psychiatriques en France, il essaie d'éviter d'en faire usage tant que possible dans sa pratique. Avant d'exercer dans le service Camille Claudel, Dr Varoufis était psychiatre dans une Unité pour malades difficiles (UMD). Il raconte qu'il n'avait « *pas de très bonnes relations avec l'équipe soignante* », car selon lui les soignants prenaient trop d'initiatives, allant parfois à l'encontre de ses décisions. Dans le cas de M. Lightson, comme pour d'autres patients pour lesquels il a « levé l'isolement » au cours de nos observations, il entend réduire autant que possible la durée de l'isolement. L'isolement est investi tout à fait différemment par les autres psychiatres, Dr Chotik et Dr Parc dans ce cas précis. M. Lightson a agressé une consœur. Dr Wid a été blessée à la tête, conduisant à trois semaines d'arrêt de travail. Pour les professionnels, psychiatres comme soignants paramédicaux, cet évènement accroît la méfiance envers le patient et les pousse à envisager un maintien en chambre d'isolement sur un mode punitif.

Au cours d'un entretien, nous revenons sur le cas de M. Lightson qui est revenu au service Camille Claudel, après un séjour de plusieurs semaines en USIP.

> Entretien avec Dr Varoufis, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, avril 2019

Enquêtrice : Monsieur Lightson, j'ai vu qu'il était encore là, qu'il est revenu…

Dr Varoufis : C'était maniaque, c'était dû aux toxiques.

Enquêtrice : Et aujourd'hui, vous vous êtes mis d'accord ?

Dr Varoufis : Oui, mais ça reste toujours un doute. Je dirais que c'était plutôt dû aux toxiques.

Enquêtrice : Et il n'a pas pu consommer là où il était, en USIP ?

Dr Varoufis : Non, non, là c'est difficile.

Enquêtrice : Là, il est clair et du coup ça va mieux ?

Dr Varoufis : Oui, oui, ça va beaucoup mieux. Il est motivé de sortir aussi. Il est même complètement effacé.

On note que la perception du Dr Varoufis a évolué dans le temps – il a ajouté l'enjeu lié aux addictions.

Finalement, ce cas est traité comme particulièrement dans le service, d'abord à cause de la défiance confraternelle qui préexiste au cas en question. Ensuite, le fait qu'une psychiatre de l'équipe a été agressée par le patient engendre une suspicion et une crainte de la récidive chez les soignants. Ces désaccords surgissent particulièrement lorsqu'il s'agit de faire sortir le patient du service pour le transférer en USIP : les moments de confrontation avec des lieux et des équipes extérieures, régis par d'autres normes locales, constituent toujours une mise à l'épreuve particulière pour les soignants d'un service.

b) « C'est psy ou pas ? » De la nature de la preuve pour orienter le patient. L'exemple de la démence

Laurence Tessier (2019) décrit l'enquête menée par l'équipe d'une clinique américaine spécialisée dans les maladies neurodégénératives. À partir d'une multitude d'éléments hétérogènes, « *l'anamnèse, les récits de la vie du patient par le jeu de son témoignage et de celui du proche, l'IRM du cerveau et les résultats obtenus aux tests neuropsychologiques »* (Tessier, 2019, p. 3), les professionnels cherchent à prendre une décision diagnostique. L'équipe effectue un *travail d'alignement* d'abord entre les preuves empiriques dont les professionnels disposent (conduisant à en exclure certaines) et ensuite entre les éléments de preuve et un diagnostic. Dans une unité de secteur psychiatrique, les professionnels ont souvent accès à une moindre abondance de « preuves empiriques » et la plupart prennent des formes narratives, comme nous l'avons montré. Les quelques « actes techniques » (permettant de produire une preuve matérielle) qui sont effectués à l'hôpital psychiatrie concernent plus

souvent l'exclusion d'une cause somatique de la décompensation ou l'évaluation de la santé somatique du patient entrant. Ainsi, lorsque les examens montrent un résultat positif (une trace pathologique) ceux-là sont souvent saisis pour disqualifier le patient comme ne relevant pas de la psychiatrie (« il n'est pas psychiatrique ») au profit d'une autre spécialité, notamment la neurologie ou la gérontologie.

Là encore, la question de la possible *dis*qualification du cas comme « psy » intervient dans les situations difficilement gérables pour l'équipe. Les tensions récurrentes conduisent les professionnels à remettre en question la place de la personne dans le service. Les causes souvent observées de renvoi d'un patient vers une autre spécialité sont les pathologies liées à la toxicomanie et à l'addiction ainsi que la démence[1] ou bien des maladies somatiques qui semblent être plus urgentes que les manifestions de la maladie psychiatrique.

Dans le cas suivant, l'incertitude porte sur l'orientation d'une patiente qui présente des symptômes de désorientation et de persécution pouvant être mis en lien avec la présence d'une démence.

> Extrait de journal de terrain, réunion clinique, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, décembre 2018
>
> Le cas de Madame Perrin est discuté. La discussion a duré une heure, et je la restitue succinctement.
>
> La patiente a 87 ans et le problème majeur rencontré par l'équipe soignante repose sur l'indocilité de Mme Perrin pendant les soins infirmiers et les actes de la vie courante. Elle n'accepte de prendre les traitements et de s'alimenter qu'en présence de sa fille et uniquement des plats qu'elle lui a confectionnés et qu'elle amène au CHS Madeleine Pelletier chaque jour. Elle a été hospitalisée plusieurs mois dans un service de gériatrie pour divers problèmes physiques et a finalement été orientée vers un service de psychiatrie, en soins sans consentement, parce que son comportement dans le service de gériatrie était devenu « ingérable ».
>
> On énumère les symptômes au cours de la discussion : « tristesse », on affirme qu'elle disait « être déprimée » à la maison ; « persécution » ; on évoque des « hallucinations » et notamment des « hallucinations auditives » ; puis évocation d'une « dégradation thymique » qui aurait eu lieu entre deux hospitalisations et pour laquelle elle a été transférée dans un hôpital parisien spécialisé en psychiatrie.
>
> La discussion pendant la réunion clinique porte principalement sur un diagnostic différentiel entre la « manifestation tardive de troubles bipolaires » ou une « démence sénile ».

[1] Plus rarement des évènements métaboliques causant des symptômes comportementaux qui font penser à une maladie psychiatrique, dans le cas du diabète non soigné ou de globe urinaire par exemple.

L'état des connaissances semble pouvoir déterminer que les démences produisent des lésions cérébrales visibles sur un examen IRM. Les démences sont le plus souvent diagnostiquées puis traitées en phase aigüe dans des services de neurologie et non de psychiatrie. Ensuite, des services hospitaliers spécialisés dans le traitement de la démence peuvent prendre le relais ainsi que des lieux d'hébergement spécialisés. C'est une revendication des équipes de psychiatrie de pouvoir réorienter une personne atteinte de démence vers un service « *mieux spécialisé »* ou « *plus habitué »*.

> Extrait de journal de terrain, réunion clinique, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, décembre 2018 (suite)
>
> Une infirmière évoque les hallucinations ce à quoi une autre infirmière répond « Moi je suis pas médecin, mais, on peut pas avoir des hallucinations quand on est dément ? »
>
> Finalement, Dr Parc prend le dossier médical et relit de manière quasi exhaustive les notes médicales de son dossier d'arrivée. Il est noté qu'elle a fait un IRM qui laisse apparaître des « *lésions cérébrales* » et que les médecins en gérontologie ont pensé à une maladie de Lewy (maladie neuro-dégénérative avec des troubles comportementaux importants et des phases dépressives sévères).

Les médecins concluent qu'il s'agit certainement d'une démence et que le service n'est pas le bon endroit pour qu'elle soit traitée. Elles critiquent également le service de gérontologie pour l'avoir orientée en psychiatrie et décident d'engager une discussion avec la fille de la patiente pour trouver un endroit « *mieux adaptée pour la placer »* - comme si la nature de la preuve, ici pas seulement un comportement observé, mais l'imagerie cérébrale, déterminait l'orientation.

Conclusion : une clinique problématique ?

Les psychiatres sont particulièrement attachés à développer et maintenir une relation faiblement médiatisée par des outils ou des catégories avec leurs patients privilégiant le contact direct et la description épaisse. « *La thérapeutique semble se loger dans les modalités de relations établies entre patients et professionnels, plutôt que dans les interventions elles-mêmes, et ce d'autant plus qu'elles s'écartent des actes médicaux classiques* » (Velpry, 2008, p. 141). La clinique psychiatrique est, dans l'ensemble, caractérisée par une *indétermination* de ses savoirs (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977) qui présente l'avantage pratique d'être

suffisamment fluide pour dégager une importante liberté d'interprétation et d'action aux professionnels. Elle poursuit également une valeur politique dans la construction globale du cas et de la personne (voir Jacqueline, 2006), par opposition au réductionnisme lié à la « modernité thérapeutique » évoquée par Nicolas Dodier (2003).

> « *On peut ainsi montrer que la forme d'objectivité « dans la proximité » correspond à une véritable forme politique du monde médical, c'est-à-dire à un agencement stabilisé de pouvoirs, appuyé par le droit, et dominant en France en médecine jusqu'au milieu des années 1980 : la « tradition clinique ». Les affrontements autour de l'objectivité des décisions médicales correspondent aux différentes crises qui jalonnent le passage à une nouvelle forme politique, la « modernité thérapeutique », construite quant à elle autour de l'objectivité « dans la distance ». Ce passage d'une forme politique à une autre, et la relance du travail politique sur de nouvelles bases dès lors que la modernité thérapeutique a commencé à l'emporter au niveau des institutions, rendent compte des confrontations autour des traitements du sida, du milieu des années 1980 au début des années 2000. On peut visualiser cet espace, situer ses lignes de différenciation et d'opposition, à la fois dans leur régularité et dans leur sensibilité à des affaires spécifiques. On peut situer la période critique étudiée dans une histoire de plus long terme du monde médical.* » (Dodier, 2015, p. 336)

En poursuivant une conception évolutionniste des formes d'objectivité médicales, Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa font valoir que le faible outillage de la clinique psychiatrique participerait à ce qu'ils désignent comme la « *critique de son arbitraire et de sa fausse scientificité* » (2006, p. 20). Philippe Le Moigne soutient également que la psychiatrie est caractérisée par un « *subjectivisme radical* » qui la plongerait dans une « *situation de crise* ». Les formes encore timorées d'instrumentation en santé mentale offriraient « *une réponse pour le moins adaptée à cette situation de crise* » (2018, p. 5). Selon lui, ces outils prennent des formes non approuvées qui se maintiennent néanmoins – alors même qu'ils sont peu usités –, justement parce qu'ils parviennent à rejeter plus loin ou retarder un peu la critique. Ce propos l'amène à anticiper un déclin de la clinique psychiatrique, déclin qui serait déjà largement amorcé dans le contexte américain (voir également Demazeux, 2019, chap. 7).

De notre point de vue, dire que la clinique aurait disparu aux États-Unis, comme en France d'ailleurs, est excessif. La clinique existe toujours, mais elle n'est plus ou plus exclusivement aux mains des psychiatres. À force de déléguer des tâches à d'autres professions, les médecins se trouvent progressivement installés dans une situation de dépossession des actes cliniques (entretiens d'évaluation et psychothérapeutiques notamment) donnant lieu à la situation actuelle : les psychiatres prescrivent des médicaments et réévaluent les stratégies thérapeutiques (*treatment management*) alors que d'autres professionnels s'engagent dans les activités de gestion des parcours de soins et de psychothérapie (psychologues, infirmiers et

travailleurs sociaux formant les trois groupes professionnels majoritaires). Du point de vue organisationnel encore, les psychiatres sont également moins souvent en charge de la gestion d'équipe, souvent dévolue à des psychologues ou à des infirmiers spécialisés – pour les activités ambulatoires au moins. Ce constat pose différemment la question des transformations de l'autorité clinique en la détachant de celle de l'autonomie médicale.

En France, une multitude de « nouveaux métiers » sont également entrés dans les lieux de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Toutefois, ceux-là restent structurellement sous l'autorité des médecins psychiatres qui constituent toujours la profession centrale et décisive à l'hôpital psychiatrique et dans ses interventions extérieures (voir Marques, 2010). Dans une unité d'hospitalisation par exemple, c'est le médecin référent qui décide si le patient bénéficie de consultations avec un psychologue ou des activités proposées par le psychomotricien, en plus de son suivi médical. Du point de vue de la relation thérapeutique, le psychiatre conserve une relative proximité avec le patient avec qui il échange une à deux fois par semaine en hospitalisation, puis de manière souvent plus espacée au CMP.

Ce chapitre liminaire, en donnant à voir la forme clinique pratiquée en psychiatrie, amorce notre réflexion portant sur une approche politique de l'autonomie médicale et de ses transformations récentes. Nous voyons dans la suite de la thèse que les réformes portant une démarche de rationalisation des décisions psychiatriques sont particulièrement attentives à estomper les risques d'arbitraire contenus dans l'autonomie psychiatrique.

Première partie : Gouverner par le(s) droit(s). Genèse et effets du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement

Introduction de la première partie : Le droit et la justice comme registre normatif et ressort réformateur

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* établit que les hospitalisations sans consentement sont soumises au contrôle d'un juge des libertés et de la détention (JLD) pour toutes les hospitalisations de plus de douze jours et tous les six mois. Ce contrôle judiciaire automatique introduit une nouvelle répartition des pouvoirs entre le médecin, l'administration (direction de l'établissement ou préfet) et le juge, qui obtient finalement un droit de regard automatique et *a posteriori* sur les mesures d'enfermement psychiatrique. Ce changement dans la prise en charge des personnes hospitalisées intervient en 2011 au terme de débats professionnels et politiques qui ont profondément marqué les deux derniers siècles.

Comment envisager les effets du contrôle judiciaire ? Si l'on avait pu croire que l'encadrement institutionnel croissant et judiciaire conduirait à un affaiblissement du nombre de personnes prises en charge sans leur consentement, les chiffres montrent au contraire une hausse du nombre de personnes prises en charge sans leur consentement depuis 2012, passant de 74 000 en 2010, soit environ 5% de la file active, à 92 000 en 2014 (Coldefy et Fernandes, 2017 ; Coldefy et Tartour, 2015)[1]. Ensuite, le contrôle judiciaire des hospitalisations n'aboutit qu'à une faible part de levée de soins, moins de 9% des décisions rendues par le juge.

Nous explorons les modalités concrètes de la décision et de la mise en œuvre du contrôle judiciaire. Nous nous demandons précisément comment l'instauration du contrôle judiciaire obligatoire reconfigure les relations de pouvoir autour de l'hospitalisation et envers la personne hospitalisée. Nous abordons dans cette partie la fabrique de la réforme de 2011 portant judiciarisation pour éclairer les conditions de son vote. Nous montrons ensuite deux phases et espaces de sa mise en œuvre pour analyser le sens de cette réforme.

[1] Cette forte augmentation rend compte de la mise en œuvre des programmes de soins, des soins ambulatoires exercés sur un mode légal sous contrainte, qui tend à considérablement allonger les durées de prise en charge sans consentement et donc à constituer un « stock de patients » récurrents plus conséquent.

Les psychiatres et leur pouvoir

L'histoire des contraintes en psychiatrie permet d'étudier les relations qu'entretiennent les membres du groupe professionnel des aliénistes avec les autres professions qui gravitent dans et autour de l'asile au cours des deux derniers siècles (Goldstein, 1997). Notre attention est portée sur la contrainte aux soins et sur la décision d'enfermement comme éléments constitutifs de cette professionnalisation.

Bref retour historique sur la construction et la stabilisation d'une certaine configuration des pouvoirs (1790-1980)

La démarche de professionnalisation des psychiatres démontre leur capacité à définir les « *termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes des politiques publiques qui s'y rapportent* » (Hughes, 1996, p. 109-110) ainsi que les frontières des territoires d'autres professions adjacentes. Le mandat des psychiatres se construit en relation avec les mandats d'autres autorités professionnelles, d'ordre administratif en la personne du préfet, et judiciaire en la personne du juge (Castel, 1977 ; Rhenter, 2010 ; Velpry, 2010). Le travail politique des aliénistes au début du XIX^{e} siècle a donné lieu au vote de la loi de 1838, qui consacre un pouvoir médical fort, épaulé par le pouvoir administratif, mais où le juge a disparu des procédures ordinaires d'internement psychiatrique.

L'esprit révolutionnaire ou l'attention portée à conjurer le risque de l'arbitraire

Les détentions arbitraires se voient progressivement construites comme un problème en France sous l'impulsion des Lumières, puis des principes de la Révolution Française au cours du XVIII^{e} siècle. Cela ne signifie pas que la période précédente était exempte de règles régissant le destin des insensés. Au contraire, les procédures qui rendaient possible l'enfermement d'un *fou* étaient non seulement nombreuses, mais aussi relativement précises[1]. Elles font intervenir

[1] Sous l'Ancien Régime, une procédure permettait à la justice de formuler des mesures d'*éloignement* et de *confinement* (le plus souvent dans des maisons de force) sur demande d'un membre de la famille de la personne concernée. Cette procédure était appelée *interdiction* et devait être prononcée par un juge à la suite d'une audition. Pour être mise en place, la personne internée était préalablement déclarée *insensée*. Au milieu des années 1770, des tribunaux de famille sont également mis en place permettant

divers représentants de la famille, des cours de justice, des pouvoirs de police, ou bien de la Maison du Roi (voir Foucault, 1961 ; Caire, 2010). L'arbitraire potentiel des pouvoirs d'enfermements des familles et de la Maison du Roi est contrôlé et régulé de manière progressive et croissante. On assiste dans cette période à une montée en charge des dispositifs de justifications des enfermements, plutôt qu'à une baisse du nombre des personnes restreintes dans leur liberté d'aller et venir.

Un décret de l'Assemblée constituante en 1790 marque une première étape cruciale dans le processus de rationalisation des placements forcés des insensés. Celui-ci avertit clairement sur l'intention de ses auteurs de se prémunir contre le risque de l'arbitraire d'une décision. Les juges et médecins devront rencontrer les personnes détenues afin de statuer sur la raison de leur enfermement et de décider de la poursuite de l'enfermement ou de leur sortie. L'abolition de l'omnipotence royale, l'importance du contrat pour réguler les relations sociales en même temps que la conception de l'Homme comme sujet de droit sont au cœur des préoccupations de l'Assemblée. Ce décret apparaît comme le résultat de louables intentions, mais sa mise en œuvre a été plus chaotique, en raison notamment d'un manque de places dans des lieux de soins spécialisés.

À la veille du premier projet de loi en 1832, le système présidant à l'enfermement d'un aliéné est le suivant : le pouvoir administratif en la personne du préfet décide, éventuellement à l'initiative de la famille, d'une rétention provisoire qui, pour devenir définitive, doit être ordonnée par un juge saisi par la famille et qui statue au cours d'un procès où un médecin est entendu. Des séjours dans des établissements de soins sont cependant toujours possibles sans recourir à l'ordonnance d'un juge.

Marcel Jaeger fait remarquer que l'hypothèse de vacuité législative au sujet des aliénés est largement exagérée : « *ce qui manque essentiellement, c'est d'une part des équipements et d'autre part une stratégie cohérente des pouvoirs publics* » (1981, p. 47-48). En effet, il existe une profusion de procédures applicables à l'enfermement d'une personne déviante – que son comportement soit considéré dangereux ou non. Néanmoins, le changement induit par voie législative ne permet pas seulement d'améliorer le dispositif du point de vue *technique* (à travers

qu'un juge statue sur les demandes d'enfermement. Les lettres de cachet étaient quant à elles le fait du pouvoir exécutif sur la demande de la police ou de la famille. Louis XVI lui-même souhaitant en 1789 se prémunir contre la réputation autocratique de la monarchie fait vérifier à ses officiers les causes d'enfermement des personnes et exige la libération des personnes enfermées pour des raisons qui apparaîtraient injustifiées. La *folie* demeure alors une cause justifiée.

la structuration et la rationalisation de l'action publique), mais également de rouvrir la discussion *politique* à son sujet.

La loi de 1838 : médicaliser et déjudiciariser l'enfermement

La loi votée en 1838 résulte d'une double dynamique juridictionnelle visant, si ce n'est la résolution, du moins l'amoindrissement du *désordre institutionnel* (Jaeger, 1981, p. 46) qui caractérise la prise en charge des aliénés depuis la fin du XVIII[e] siècle. D'une part la *médicalisation* à marche forcée d'une certaine population causant des troubles à l'ordre public et d'autre part le *recul de l'ordre judiciaire* dans la prise en charge de celle-ci, en grande partie au profit du pouvoir administratif détenu par le préfet. Nous avançons que ces dynamiques sont liées voire croisées. Elles adviennent dans les années 1830, grâce au travail politique mené par les aliénistes et notamment Jean-Étienne Esquirol.

À la lecture des travaux historiques et sociologiques portant sur le vote de la loi de 1838 (Castel, 1977; Jaeger, 1981; Landron, 1995; Lantéri-Laura, 1998; Rhenter, 2010), on observe que la médicalisation tient principalement à deux éléments. Le premier est lié à la présence de plus en plus constante des médecins dans les discussions et à leur volonté de participer à la prise en charge. Le second tient au registre de discours mobilisé dans les débats sur la prise en charge des aliénés qui passe de la *sécurité publique* à un intérêt pour la *santé* des personnes malades. En réussissant à imposer leur problématisation des troubles comme médicaux et non comme une aliénation sociale, les médecins obtiennent politiquement le mandat du traitement des aliénés. En cela, le député François-André Isambert qualifie le projet de loi sur les aliénés d' « *immense déplacement* » et de volonté de « *mettre l'autorité judiciaire en conflit avec celle du ministre de l'Intérieur [...] ou plutôt de la subordonner à celle de la police, de dégrader l'une et de compromettre l'autorité morale de l'autre* » (cité par Castel, 1977, p. 202). Robert Castel explique cependant avec précision qu'il n'est pas question ici d'un bras de fer entre autorité administrative et judiciaire : la médicalisation de la question des aliénés est de l'ordre de l'ouverture d'une *troisième voie*. Cette troisième ligne de pouvoir sur les personnes vient s'ajouter aux autorités judiciaires et administratives.

Depuis l'avènement de l'aliénisme, à la fin du XVIII[e] siècle, le mandat de cette profession est en question. Si sa licence (territoire investi et revendiqué par les professionnels) est clairement délimitée sémantiquement dans les soins, la guérison et le traitement, une autre est également pleinement revendiquée par les aliénistes jusqu'au milieu du XX[e] siècle : le pouvoir

d'enfermement. Pour justifier ce pouvoir d'agir, les spécialistes évoquent le pouvoir contenant des murs et jusqu'à leurs bienfaits guérisseurs[1]. Cette approche de l'enfermement thérapeutique achoppe alors directement sur les raisons au fondement des enfermements alors existants et que l'assemblée révolutionnaire tentait justement de réguler. Pour Robert Castel « *médicaliser un problème, c'est plus le déplacer que le résoudre* » (Castel, 1977, p. 205) puisque subsiste la contradiction centrale entre sauvegarde de l'ordre public, protection des libertés individuelles et besoin de soins.

Entre 1832 et 1838, quatre projets de loi sont déposés devant la Chambre des Députés[2]. Les questions sur lesquelles la Chambre des Députés doit trancher sont d'ordre organisationnel et touchent notamment à l'enchevêtrement des pouvoirs entre aliénistes, administration (le préfet, la police et également la direction de l'hôpital) et pouvoir judiciaire. La loi qui paraît au Journal Officiel le 18 juin 1838 entérine finalement deux modes légaux d'admission : le placement dit volontaire autorisé par le directeur d'établissement et le placement ordonné par l'autorité publique (le préfet) dit d'office. Dans les deux modalités légales d'accès aux soins, le directeur d'établissement est tenu d'informer le préfet de l'état de la personne au moins tous les six mois, tant que dure l'hospitalisation. Le directeur d'établissement est en mesure d'effectuer ce point d'étape sur la base des certificats produits par les médecins de son établissement. Également, dans chaque établissement est tenu un registre, désormais appelé « livre de la loi », dans lequel sont contenus l'identité de chacune des personnes internées ainsi que les jugements et la transcription des certificats médicaux produits.

Le placement d'office ressemble en partie aux précédents ordres du Roi dans la mesure où ils sont étayés par des arguments médicaux, mais le préfet détient toute l'autorité décisionnaire. Le placement dit volontaire quant à lui laisse une place plus importante à l'intervention médicale puisque le médecin est en interface directe avec la personne prise en charge et sa famille. Ce mode légal d'admission devient le lieu de développement des savoirs médicaux puisque les médecins sont en capacité de recruter eux-mêmes leurs patients.

Malgré la médicalisation du problème des aliénés, certaines questions subsistent autour de la prise en charge de l'aliénation. Dans la division morale et pratique du travail, certaines

[1] On note ici une translation lexicale majeure effectuée par Jean-Etienne Esquirol passant de *séquestration* à *isolement thérapeutique* des aliénés (voir Moreau, 2015, p. 101-109)

[2] Pour un récit plus précis de l'économie des projets de loi menant au vote de la loi des aliénés, voir (Castel, 1977; Landron, 1995).

questions sont ainsi résolues : les psychiatres sont tenus de prendre en charge la définition et la mise en place de la stratégie thérapeutique. S'il apparaît que le pouvoir médical sera au centre du dispositif, comment s'agencent les pouvoirs administratifs et judiciaires à côté ou autour de lui ?

Le prix administratif de l'évincement du juge

Le fondement de la stratégie thérapeutique est constitué justement du placement en hospitalisation complète[1] qui nécessite pour la mettre en place de contraindre la personne lorsqu'elle n'accepte pas les soins. Les psychiatres proposent de déléguer la contrainte du placement aux pouvoirs familiaux et administratifs qui en deviennent alors co-décisionnaires. Certains se prononcent pour un jugement d'interdiction qui précèderait l'admission asilaire afin que la décision médicale soit fondée et circonscrite à une décision judiciaire. Cette disposition est finalement refusée pour éviter de ralentir les admissions et le juge est finalement évincé de la procédure systématique. Le juge peut en revanche être saisi par le malade ou sa famille, mais encore faut-il que ces personnes prennent connaissance de la procédure et des conditions de sa mise en œuvre.

L'absence du juge dans la procédure se voit en quelque sorte contrebalancée par les visites ou inspections administratives qui sont instaurées périodiquement ainsi que par la proximité du préfet, qui constitue le bureau d'enregistrement des décisions de placement. Les médecins sont tenus de notifier les identités des personnes en placement au moment de leur admission, ainsi que d'envoyer périodiquement des certificats médicaux circonstanciant « l'état mental » (Art 14) de la personne, lors de l'admission, puis quinze jours plus tard. Par la suite, le médecin doit remplir un registre interne à l'établissement pour consigner les évolutions de l'état de la personne. Ce registre est appelé le Livre de la Loi et est rendu accessible aux autorités[2] en droit d'effectuer des visites (préfets et des personnes déléguées par lui, ministre de l'Intérieur, président du tribunal, procureur du Roi, juge de paix et maire de la commune).

[1] L'« hospitalisation complète » (on ajoute parfois « et continue ») inclut l'hébergement de nuit (au contraire de l'hospitalisation de jour au cours de laquelle la personne ne se rend à l'hôpital que dans la journée).

[2] Ainsi que les autres registres progressivement mis en place dans les établissements, à savoir : les registres du mouvement de la population, des répertoires des malades, des registres, répertoires et dossiers individuels du personnel, les registres des décès, les minutes de la correspondance et les registres de délibérations de la commission de surveillance.

L'autorité administrative agit ainsi comme une institution parajudiciaire, comme le décrit Esquirol lors de l'examen du projet de loi final, elle « *agit avec promptitude et discrétion ; s'il est possible qu'elle s'égare, ses erreurs sont soumises au contrôle de l'autorité judiciaire. Celle-ci par la lenteur et la solennité de ses formes manque aux conditions les plus favorables aux aliénés, à la promptitude dans l'exécution des mesures et au secret en divulguant l'état des malades* » (Esquirol, 1838). On voit dans cet extrait deux éléments intéressants sur l'agencement des pouvoirs alors constitué. D'un côté, Esquirol parvient à déléguer à l'administration, en la personne du Directeur d'hôpital d'abord, et en la personne du préfet dans les cas de placement d'office, la responsabilité des décisions d'admission[1]. De l'autre, il parvient à protéger les décisions des aliénistes du regard du juge en confiant à l'administration le soin de contrôler les admissions.

L'asile tel qu'il est édifié en 1838 sous la dictée des aliénistes se constitue comme une forteresse où les accès sont limités, mais pas interdits. Le texte consacre un pouvoir médical fort en tranchant l'épineuse question de la raison au fondement de l'internement, en prenant cause pour une mesure de soins et rejetant ainsi, ou amenuisant, son caractère restrictif de libertés. En créant deux modes de placement forcé, il prend aussi position pour une impossibilité ontologique à consentir aux soins. Le mandat des aliénistes demeure bordé par celui des préfets chargés de surveiller la bonne tenue des asiles. En cas de conflit, un juge administratif peut être saisi pour observer la légalité de la procédure. Le vote de la loi de 1838 est donc la première étape d'une certaine rationalisation des conflits institutionnels et professionnels par le droit. C'est également une rationalisation *du droit* puisque les principes de la Révolution sont inscrits dans cette loi afin de protéger l'institution de la critique visant le caractère arbitraire des placements.

La faible densité législative qui suit cette période de grand chamboulement est souvent mise en avant, et donne l'impression d'un pouvoir médical qui fonctionnerait en vase clos. En réalité, de nombreux changements ont lieu tout au long du XX^{e} siècle concernant l'accès aux soins et les modes de prises en charge des malades mentaux.

[1] Une ordonnance du 18 décembre 1839 donne un statut particulier aux asiles d'aliénés en les déclarant « établissements publics » en les rattachant au pouvoir central puisque le directeur et le médecin-chef (la notion étant ainsi créée) sont nommés par le préfet.

Des professions et des institutions

Le pouvoir de contrainte, s'il se maintient dans le temps, s'est déplacé au sein du territoire professionnel des psychiatres, et ce largement en fonction des autres groupes professionnels qui gravitent autour. La juridiction de la contrainte, au sens d'Andrew Abbott (1988), maîtrisée par les psychiatres, se voit continuellement remise en cause par des concurrences externes et internes. Pour comprendre les processus de sélection et la légitimation de pratiques à l'œuvre, nous observons les frontières de l'espace juridictionnel et institutionnel dans cette partie ainsi que la manière dont cet espace est mis en relation avec l'État.

L'introduction du contrôle judiciaire des hospitalisations instaure une nouvelle partition de la juridiction des hospitalisations sans consentement. Les décisions psychiatriques qui étaient déjà encadrées par le pouvoir administratif sont désormais révisées par des magistrats. Andrew Abbott (1988, 2016) a tendance à penser la coordination interprofessionnelle comme structurellement instable et caractérisée par la compétition. À l'inverse, Jérôme Pélisse défend, dans une perspective de sociologie du droit et non des professions, que le déplacement d'un type de problème donné à l'arène judiciaire, la judiciarisation *des* conflits, n'entraîne pas nécessairement une hausse de la conflictualité et peut au contraire conduire à la domestiquer (Pélisse, 2009). Nous faisons jouer cette tension, rapport conflictuel ou absence de conflit, au long de la partie.

La sociologie des professions propose plusieurs modèles pour comprendre comment les professions s'ajustent les unes aux autres autour et sur une juridiction donnée. Beaucoup de travaux classiques insistent sur la nature agonistique des interactions interprofessionnelles. Les groupes professionnels luttent pour imposer leur autonomie par rapport aux autres afin de préserver leur position, d'accroître leurs avantages (Abbott, 1988 ; Freidson, 1984a). Cette situation se produit le plus souvent lorsque les professionnels de deux groupes s'estiment également compétents pour régler un problème. Une autre approche interactive des interdépendances professionnelles place la délégation de tâches au centre du système d'organisation des groupes professionnels : ce que le juge refuse de juger, il le laisserait volontiers à la charge du médecin et inversement. Dans ce processus de délégation, un groupe professionnel est dominant par rapport à l'autre ce qui lui permet de lui imposer ce qu'il considère éventuellement comme un « sale boulot » (Hughes, 1962, 1996). Par renversement, cette relation peut être le produit d'une particulière déférence de la part d'une profession par rapport à une autre (Jasanoff, 2013) : ce serait le cas par exemple si les médecins se disaient

inaptes à porter un jugement sur la proportionnalité de la mesure de contrainte par rapport aux restrictions de liberté qu'elle suppose. Troisièmement, un autre mode de coordination plus à distance consiste pour un groupe professionnel à ajuster son action à celui d'un autre groupe. Léonie Hénaut (2011) se réfère à ce mode particulier d'interdépendance des professions comme l'activation de leurs « capacités d'observation » : chacune adapte son action à ce qu'elle sait de l'action de l'autre ou de ses attentes. Ce modèle suppose une conflictualité assez peu frontale. Enfin, une autre voie possible pour concevoir les rapports entre professionnels consiste à considérer que les deux professions en interaction présentent quelques intérêts communs qui les conduisent à collaborer. L'approche par un socle commun d'intérêts, si minimal soit-il, et éventuellement limité dans le temps, conduit à penser leur relation davantage marquée par la coopération que par la concurrence.

Ces quatre modèles ne sont pas exclusifs les uns des autres et plusieurs types de relations peuvent coexister produisant ainsi une configuration particulière plus ou moins stable dans le temps. Ils structurent néanmoins les manières d'agir des professionnels qui, en se plaçant d'emblée dans une posture conflictuelle, collaborative ou indifférente, construisent l'interaction.

La question des interactions professionnelles se pose à trois niveaux ici, à chacun se rejouent les types d'interactions présentées plus haut. D'abord, au niveau institutionnel, il s'agit d'observer précisément l'enchevêtrement des pouvoirs qui a été permis par la loi de 2011, le type de contrôle qui est accordé au juge, et au contraire les domaines qui sont délibérément laissés aux médecins. Ensuite au niveau professionnel et du travail, nous observons les pratiques concrètes déployées par les acteurs professionnels pour mettre en œuvre le contrôle judiciaire en nous demandant si elles apparaissent conflictuelles ou coopératives. Enfin, en partant du principe que les seules micro-interactions ne permettent pas de saisir pleinement la complexité relationnelle induite par le contrôle judiciaire, nous observons, au niveau intermédiaire et organisationnel, comment des principes d'action, éventuellement non conformes ou décalés par rapport aux principes organisationnels, se dégagent.

Pour une approche pluraliste du droit

Cette partie est consacrée à l'introduction d'un changement *par le droit* et *pour les droits* des personnes hospitalisées. Cette double dimension de l'objet appelle l'adoption d'une

approche pluraliste du droit. Plusieurs registres et acceptions du droit sont successivement explorés pour rendre compte de l'introduction du contrôle judiciaire dans ses différents aspects. Le contrôle judiciaire modifie l'encadrement légal et institutionnel des pratiques psychiatriques de contrainte aux soins. En cela, il participe à la modification de la configuration des pouvoirs entremêlés que sont le pouvoir médical, le pouvoir administratif et le pouvoir judiciaire qui, tous trois, convergent sur la personne prise en charge en psychiatrie sans son consentement[1]. Il donne également lieu à des modifications dans l'environnement de travail des médecins. Enfin, à l'instar des recherches récentes sur le(s) droit(s), nous nous situons dans une perspective à travers laquelle les droits « *autorisent un questionnement sur les rapports de pouvoir entre les groupes sociaux* » (Baudot et Revillard, 2015, p. 16) : d'une part les relations entre un individu et l'État, d'autre part, entre les individus. Il est principalement question du premier type de rapport de pouvoir, entre les individus et l'État, et à travers lui les autorités qui agissent en son nom : l'hôpital, l'administration, le tribunal. Cette relation est médiée par des catégories (professionnelles, diagnostiques, légales) qui permettent réifier et de mettre en pratique cette relation (voir Barnard, 2019). Du point de vue *des droits*, notre questionnement porte spécifiquement sur le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement en psychiatrie comme potentiel bouleversement des relations entre individus (patients pris en charge sans leur consentement) et État (psychiatres et juges en premier lieu).

Justice et psychiatrie

Quelle relation entretiennent ensemble la psychiatrie et la justice ? En certains lieux et à certaines époques, il est redouté que les psychiatres assistent l'État dans une forme de médicalisation de la répression politique (Ayme, 2004) ; comme cela peut être le cas avec le personnel judiciaire (pour un contrepoint voir Israël, 2005). Il est souvent dit que lorsque la justice ne parvient plus à être indépendante du pouvoir politique, la psychiatrie également devient un instrument de la répression. Cette question est fréquemment reposée dans les

[1] Nous proposons ici une définition classique, wéberienne du pouvoir dans laquelle le pouvoir définit un type de relation où un acteur maîtrise le comportement d'un autre. Même si nous montrons que beaucoup de patients pris en charge font preuve d'une faible conflictualité à l'égard de la mesure de contrainte, les soins sans consentement placent structurellement la personne hospitalisée dans une position de diminution de son agentivité dans laquelle une partie de son comportement dépend de ce que le médecin, le préfet et le juge attendent de lui.

démocraties contemporaines à mesure que se développent les dispositifs faisant se rencontrer les savoirs psychiatriques et les pratiques judiciaires.

L'intérêt pour l'expertise psychiatrique comme « alliée » des pratiques de justice date des années 1970, sous l'impulsion notamment des travaux de Michel Foucault, pour qui la médecine psychiatrique est fondée au XIX^{e} siècle à partir d'un statut d'auxiliaire de justice, qui lui permet de faire reconnaître une expertise propre et de la *faire passer pour scientifique* (Foucault, 1999a, 1999b). Dans ses cours sur les *Anormaux* (1999b), Michel Foucault situe d'ailleurs la « *fin de la conflictualité entre pouvoir médical et pouvoir judiciaire* » (*ibid.,* cours du 15 janvier 1975) au début du XIX^{e} siècle, et précise que l'expertise psychiatrique médico-légale « *assurait les fonctions de couture entre le judiciaire et le médical* » permettant « *leur ajustement institutionnel* » (*ibid.,* cours du 15 janvier 1975), c'est-à-dire leur capacité d'action commune. En complément d'autres travaux sur l'expertise médico-légale qui analysent la place croissante de l'expertise dans le jugement du cas (Dumoulin, 2000 ; Pélisse et al., 2012 ; Juston, 2016 ; Juston Morival, 2020a), l'intérêt pour l'expertise médico-légale des psychiatres s'est prolongé récemment, montrant la « tendance punitive » croissante des experts (Protais, 2016a) et la tension entre la notion d'évaluation de la « responsabilité » à celle de la « dangerosité » dans le travail d'expertise (Saetta, 2011 ; Protais, 2016b). L'expertise judiciaire est abondamment convoquée pour prendre des décisions, ainsi que pour les faire appliquer, notamment auprès des auteurs de violences sexuelles par le biais des injonctions de soins (Saetta, 2016). Sur ces scènes éminemment judiciaires, les savoirs psychiatriques sont invoqués et convoqués pour servir voire pour appliquer une décision avant tout judiciaire.

Nous nous intéressons ici à une scène psychiatrique où l'ordre de l'hybridation professionnelle est inversé. Dans le cadre de la systématisation du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement, le pouvoir judiciaire est convoqué pour juger une décision psychiatrique afin d'évaluer sa conformité.

Des processus juridiques de régulation

Cette partie porte sur l'institution du droit comme levier de changement dans l'organisation des relations professionnelles. Depuis Max Weber, la sociologie du droit met en lumière une contre-intuition largement partagée : le droit n'existe pas pour être appliqué, mais pour orienter les comportements (Bourdieu, 1990 ; Lascoumes et Le Bourhis, 1996). La règle de droit distribue avant tout des identités aux acteurs (Lascoumes et Serverin, 1988). Elle situe

en quelque sorte les acteurs en vue d'une compétition normative qui les oppose sans régler les cas particuliers qui devront être tranchés. La règle juridique, dans une perspective wéberienne, est une forme particulière de norme, présentant des caractéristiques comme la qualité formelle, la cohérence interne ainsi que l'existence d'un système de réprobation et de contrainte associé à la transgression de ces normes. Le droit est également une des modalités principales du mouvement de rationalisation qui traverse nos sociétés à l'époque moderne. Jérôme Pélisse observe un processus de *juridicisation* qui se développe à travers une multiplicité de scènes sociales (2009), qu'il définit comme une « *formalisation juridique accrue des relations sociales, une extension du droit comme modèle et référence pratique pour les actions* » (2009, p. 76)[1].

Une autre approche de la règle de droit, sans être contradictoire avec la première, propose plus récemment d'envisager le droit comme un *instrument* du gouvernement politique ou d'action publique (Bessy, Delpeuch et Pélisse, 2011 chap 3 ; Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014). Comme d'autres, cet instrument est porteur de valeurs normatives au sujet des réalités sociales qu'il entend gouverner – ici la contrainte aux soins en psychiatrie et l'enchevêtrement des pouvoirs qui y préside. En effet, le droit, jouissant d'une légitimité particulière dans la régulation de l'activité sociale (Weber, 2008), est caractérisé par une forte capacité de changement[2].

La *force* que l'on reconnaît au droit (Bourdieu, 1986a) pour déterminer les comportements, son caractère structurant dans l'action, explique que la production du droit devienne un enjeu particulier dans la compétition d'instances adversaires dans la définition d'une activité sociale. Une série de recherches s'intéressent à ce processus de multiplication des espaces et des instances de production du droit. À côté des « traditions juridiques » distinctes dans la production du droit (*civil law*/*common law*)[3], de nombreux groupes sociaux agissent en amont, en aval et dans les coulisses du Législateur pour participer à la production du droit. Le droit du travail est par exemple largement influencé par le travail des syndicats ou encore des conseillers prud'hommaux (Pélisse, 2011 ; Willemez, 2003, 2012). Les acteurs

[1] Dans le manuel de *Sociologie du droit et de la justice* de Thierry Delpeuch, Laurence Dumoulin et Claire de Galambert définissent la *juridicisation* comme « *un accroissement de la proportion des règles juridiques dans la régulation d'une activité sociale* » (2014, p. 42).

[2] Voir la très complète revue de littérature sur le droit et le changement social (Talesh et Pélisse, 2019).

[3] La tradition anglo-saxonne de *common law* suppose une plus grande décentralisation de la production du droit que dans la tradition de *civil law*. Voir l'article de Claire Lemercier sur l'infécondité de cette manière de penser les régimes juridiques (2008).

privés et économiques sont devenus des producteurs du droit à part entière visant à rendre le droit compatible avec leurs « affaires » (Dezalay, 1992 ; Edelman et Suchman, 2007 ; Lemercier, 2008 ; Bessy, Delpeuch et Pélisse, 2011 ; Pélisse, 2011 ; Billows, 2017 ; Billows, Buchter et Pélisse, 2019 ; Bonnefon, Lambert et Pélisse, 2019). De manière croissante, les mouvements sociaux recourent également *au droit*, parfois via l'arène judiciaire, pour faire reconnaître *des droits* (Baudot et Revillard, 2015 ; voir les revues de littérature de Israël, 2009 ; Willemez, 2020). L'égalité femme-homme (McCann, 1994 ; Revillard, 2009, 2016), le handicap (Heyer, 2013), les mouvements écologistes et environnementalistes (voir la revue de littérature du rapport Torre-Schaub, 2019) ne sont que quelques-unes des causes pour la défense desquelles le droit est devenu un instrument privilégié et sa production, un enjeu à part entière.

La production du droit ne se résume pas à l'écriture d'une règle dont la légitimité sera votée par le Parlement. Mettre en œuvre le droit, l'appliquer, en définir les contours et les situations auxquelles il doit s'adapter font partie intégrante de la production sociale du droit dans sa dimension *interactive* (Lascoumes et Serverin, 1988). La sociologie du droit américaine a développé la notion *d'intermédiation du droit* pour qualifier les activités visant à mettre en œuvre le droit en action. Pour qu'il existe et soit applicable, le droit nécessite d'être irrigué par les logiques appartenant aux mondes sociaux qu'il entend réguler. Par logiques, nous entendons aussi bien des valeurs morales, des savoirs professionnels, ou encore des contraintes organisationnelles. La notion d'*intermédiaire du droit* a été popularisée en France notamment par les travaux de Jérôme Pélisse sur les activités économiques (Bessy, Delpeuch et Pélisse, 2011 ; Pélisse, 2011) et scientifiques (Pélisse, 2017) dans lesquelles l'activité de certains acteurs vise plus ou moins explicitement à adapter le droit à la pratique.

Nous montrons dans cette partie que les espaces et les acteurs qui contribuent à produire et à mettre en œuvre le droit en matière d'hospitalisations sans consentement sont nombreux et agissent en visant des objectifs distincts d'accès *au droit* et *aux droits*.

La portée politique du et des droits

Différents usages *du droit* et *des droits* sont explorés dans cette partie. Le droit et les droits sont donc traités ici comme des moyens et non comme des fins. Ils représentent à la fois des ressources et des contraintes dans l'action politique, au sens de la répartition des pouvoirs. Nous montrons à travers la question de la judiciarisation des hospitalisations sans consentement

comment la référence aux droits fondamentaux n'apparaît pas au XX^{e} siècle, mais se renforce depuis le dernier tiers du siècle dans un mouvement de rationalisation des droits.

L'approche tocquevillienne des professionnels du droit suppose qu'ils feraient œuvre de contre-pouvoirs en garantissant un rempart contre l'arbitraire et la *tyrannie de la majorité* (Tocqueville, 2004)[1]. Cette vision à la fois protectrice et très peu étatiste du droit, empiriquement fondée sur l'exemple américain, est reprise par Talcott Parsons (1960 ; cit. in Chazel 2010) lorsqu'il évoque, vingt ans avant Michael Lipsky (1980), la grande volatilité de l'application du droit due à son exploitation par les fonctionnaires de l'État. Une lecture wéberienne de cette extension du domaine du droit et de la justice induit l'appréciation d'un mouvement de rationalisation au sens de la garantie du caractère rationnel de la domination exercée sur l'individu. Au contraire, des lectures foucaldienne et bourdieusienne s'accordent sur le renforcement des pouvoirs (ici médical et judiciaire) que cet agencement produit et la reconduction de la domination qu'il suppose (Bourdieu, 1986a, 1986b, 2012 ; Foucault, 1997, 1999a, 1999b).

En creux, nous portons ici une réflexion sur l'État. L'État est pris dans sa dimension d'instance de règlement et de régulation des conflits (Abbott, 2016 ; King et Le Galès, 2011). Il exerce ce rôle sous deux formes au moins ici. En tant qu'espace privilégié de règlement des conflits juridictionnels entre professions (Freidson, 1984a), l'État, *via* l'action du Parlement et du Conseil constitutionnel, définit à travers les époques l'ordre relationnel entre juges, psychiatres et administration. En second, la préoccupation au sujet des droits des personnes prises en charge en psychiatrie renvoie à un questionnement sur leur relation à l'État – notamment du point de vue du droit administratif, l'autorité qui autorise l'hospitalisation, sur la base d'une évaluation médicale de l'état de la personne, est toujours administrative. En ce sens, l'introduction d'une judiciarisation systématique des mesures de contrainte s'apparente à l'affirmation des droits procéduraux à laquelle la littérature anglo-saxonne se réfère comme *due process* (voir Epp, 2009).

[1] Dans le Volume I *De la démocratie en Amérique* voir notamment le chapitre 5 « Du gouvernement de la démocratie en Amérique » sur l'arbitraire des magistrats et les fonctionnaires publics ainsi que le chapitre 7 « De ce qui tempère aux États-Unis la tyrannie de la majorité ».

Problématique et plan

Cette partie de la thèse engage notre recherche sur les nouvelles configurations de l'autonomie professionnelle des psychiatres. Les psychiatres, avant l'automatisation du contrôle judiciaire, n'avaient pas les mains tout à fait libres quant aux pratiques d'enfermement. Le contenu de la supervision exercée sur le travail des psychiatres se prolonge dans la loi de 2011, mais son porteur se voit transfiguré en la personne du JLD. Nous nous interrogeons dans ce chapitre sur les spécificités que recouvre un contrôle exercé par un juge judiciaire. Dans quelle mesure la structure de pouvoir bien établie entre le psychiatre, le malade et l'administration, se trouve-t-elle affectée par l'introduction du contrôle par un juge ? Cette accession récente aux droits pour les usagers révèle-t-elle une érosion du pouvoir des médecins ? Du point de vue des institutions, il s'agit de se demander si le contrôle judiciaire des hospitalisations est de l'ordre d'un *droit anti-disciplinaire*, appelé de ses vœux par Michel Foucault (1997, p. 35-36) ou au contraire si ce nouvel agencement institutionnel produit une coalition entre certains acteurs au détriment d'autres participants. Enfin, quel niveau d'observation est heuristique pour comprendre la restructuration des relations qui sous-tendent la mise en œuvre du contrôle judiciaire ? En faisant l'hypothèse que l'introduction du contrôle judiciaire induit une série de tensions à la fois institutionnelles et professionnelles, nous sommes attentifs aux modalités de résolution de ces tensions qui sont alors inaugurées.

D'abord, nous explorons dans le détail le processus juridique et politique qui conduit finalement à l'adoption par le Parlement d'un contrôle judiciaire systématique des hospitalisations en 2011. Nous présentons successivement les différents acteurs de la controverse et leurs espaces politiques afin de comprendre à partir de sources documentaires et d'entretiens, comment la loi de 2011 se constitue par la sédimentation de couches hétérogènes (chapitre II). Le temps de la mise en œuvre est au cœur des deux chapitres suivants. Nous observons comment les équipes hospitalières et du tribunal s'organisent pour remplir les nombreuses exigences d'ordre bureaucratique que suppose la mise en œuvre du contrôle judiciaire des hospitalisations et montrons que la relation hôpital-tribunal est caractérisée par la coopération dans la mise en œuvre de l'action publique (chapitre III). L'observation des audiences dans deux établissements nous conduit à analyser le contrôle judiciaire comme victime d'un « retournement ». Alors que le contrôle par un juge des décisions médicales est censé protéger la personne hospitalisée contre des décisions arbitraires et lui garantir un juste accès aux droits, les interactions entre justice, médecine psychiatrique et pouvoir administratif

conduisent davantage à la constitution d'une coalition d'acteurs professionnels au détriment du patient (chapitre IV).

Chapitre II : Réformer les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : redistribution des pouvoirs et rationalisation du droit

« Rien n'est plus fort qu'une idée dont l'heure est venue. »
Victor Hugo[1]

Introduction

L'attention portée à la conjuration de l'arbitraire du soin de l'âme est antérieure à l'institution psychiatrique elle-même et s'incarne comme l'un de ses piliers fondateurs. Elle est au cœur des différentes lois qui encadrent les hospitalisations et modes de placements en 1838, 1990, 2011 et 2013. Des autorités normatives diverses sont chargées de prémunir l'institution asilaire contre ce risque.

Ce chapitre se concentre sur la période allant des années 1970 au début des années 2010. Dans cette période qui aboutit à la systématisation du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement, d'autres éléments centraux de la prise en charge psychiatrique sont également discutés. Le principal a notamment à voir avec une politique territoriale d'organisation des soins qui se déploie lentement depuis les années 1960, la sectorisation (voir introduction de la thèse), et concerne l'extension de la contrainte en dehors de l'hôpital avec le développement de programmes de soins obligatoires suivis en ambulatoire. Cette nouvelle mesure de soins est également instaurée par la loi de 2011, mais résulte de logiques et de rapports de force différents.

Encadré méthodologique : Sources et méthodes

Pour la période 1990-2020, les sources réglementaires et législatives (rapports, projets de loi, débats parlementaires) ont été récoltées et analysées. Nous avons été particulièrement intéressés par les rapports (expertise professionnelle, Inspections, parlementaires) et les dossiers législatifs des textes que l'on commente. Pour cela, nous avons lu attentivement des centaines de pages issues de la retranscription des débats en hémicycle ainsi que dans les commissions à l'Assemblée et au Sénat. Nous avons également recherché les décisions

[1] Cette phrase est généralement attribuée à Victor Hugo mais il n'existe aucune trace de celle-ci dans ses écrits. Elle est également reprise comme épigraphe à l'ouvrage de John W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies* (1984).

et les arrêts (avec leurs commentaires) émanant d'institutions de régulation diverses (Conseil constitutionnel, Cour européenne des droits de l'Homme et Conseil de l'Europe ainsi que l'Organisation des Nations unies) afin de construire un contexte de régulation élargi. Nous avons pris connaissance de très nombreuses contributions qui commentent et analysent le vote et les effets de la loi du 5 juillet 2011 (quelques-unes d'entre elles sont citées au fil du texte) du point de vue des juristes et des médecins. Les positions des organisations professionnelles (psychiatres, magistrats et avocats) ont été investiguées, *via* des sources documentaires et des entretiens.

Des entretiens ont également été réalisés avec une série d'acteurs ayant participé à l'écriture de la loi, à sa mise en œuvre ou à sa critique avant et après son vote.

Les débats sur la place du juge dans les procédures d'internement psychiatrique sont consubstantiels à la maîtrise du pouvoir d'enfermement par les psychiatres (Rhenter, 2010). Pourtant, la loi suivant celle de 1838 a été votée en 1990 et ne dit rien au sujet du contrôle judiciaire automatique[1]. En 2010, la cooccurrence de deux décisions issues d'instances normatives supérieures, la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) et le Conseil constitutionnel, contraint le Législateur à introduire rapidement un mécanisme de contrôle judiciaire des hospitalisations forcées. Cette imposition institutionnelle passe à première vue pour un phénomène de *rationalisation interne du droit.* Selon ce mécanisme, en dehors ou au-dessus de toutes considérations morales, sociales ou bien historiques, le droit suit un vecteur de mise en cohérence constante avec lui-même (sur la fabrique de la rationalisation au Conseil d'État voir Latour, 2004). Cependant, si cette première hypothèse semble heuristique pour expliquer le vote d'une loi de judiciarisation des hospitalisations sans consentement, elle laisse dans l'ombre le travail, notamment politique, mais également judiciaire, d'acteurs engagés dans la mise en œuvre d'un changement dans les conditions de prise en charge des malades mentaux depuis les années 1970. Ce chapitre vise ainsi à réinscrire le vote de la loi du 5 juillet 2011 dans un temps rallongé et une configuration politique plus complexe. Il présente les acteurs et s'interroge sur le calendrier de la réforme de 2011. Qui sont les entrepreneurs de politique publique ? Comment parviennent-ils à intéresser des acteurs publics à leur cause ? Comment se reconfigurent les espaces et les registres de lutte dans les années 2000 ? Sous quelles formes enfin est réinvestie dans le débat politique la question du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement ?

[1] Quinze projets et propositions de loi ont pourtant été déposés entre 1870 et 1939 pour tenter d'abroger la loi de 1838, en instaurant la systématisation du contrôle des hospitalisations par un juge (Rhenter, 2010 ; Barnard, 2019, p. 171).

Ce chapitre est ancré dans l'approche de l'action publique développée par John Kingdon (1984) afin de comprendre comment certaines idées et solutions se sont imposées et d'autres pas, ainsi que la temporalité dans laquelle ce changement se déploie. Dans son modèle de la *fenêtre opportunité*, John Kingdon insiste sur l'émergence fréquente de solutions sans qu'un problème y soit pour autant attaché ; au contraire un problème peut voir le jour et être construit sans que l'on parvienne à y attacher une ou des solutions (du moins une solution qui s'inscrit durablement sur l'agenda)[1]. Plus largement, les trois courants, des solutions (*policy stream*), des problèmes (*problem stream*) et de la politique (*political stream*) sont constamment désajustés selon son modèle, jusqu'à ce qu'émerge une fenêtre d'opportunité. L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité, qu'elle soit relative au problème (*problem window*) ou à la politique (*political window*) (évènement ou alternance) permet l'inscription d'un objet sur l'agenda politique, mais ne garantit pas la prise de décision. Cette idée séduisante selon laquelle la rationalité limitée, la contingence et les incertitudes caractérisent le déroulement de l'action publique apparaît de plus particulièrement heuristique pour analyser une histoire marquée par les va-et-vient et les accrocs ainsi que par des tentatives d'imposition infructueuses.

Loin d'être une approche désincarnée, l'approche par fenêtre d'opportunité est déterminée par l'observation des acteurs qui font office d'*entrepreneurs de politique publique*. Elle résulte ici d'une analyse fine du « travail politique », au sens de Nicolas Dodier (2003), fourni par des acteurs diversifiés dans le but d'obtenir une configuration des pouvoirs qui leur est (davantage) favorable. Dans sa définition, le travail politique débute d'abord par une critique de la configuration des pouvoirs en place et donc une problématisation de celle-ci puis la proposition de solutions concurrentes. Les formes de travail politique, produites par les

[1] L'approche séquentielle des politiques publiques (voir Jacquot, 2019) ou *le policy cycle* (voir Harguindeguy, 2019) inspirés des travaux de Charles O. Jones (1984) paraissent peu adaptés pour retracer cette séquence. Le point d'achoppement principal étant que la séquence s'achève sur un résultat (la loi votée en 2011 et le contrôle judiciaire des hospitalisations) qui ne répond que très partiellement au problème posé initialement (la nécessité de mieux protéger l'ordre public). Il serait exagéré de dire que les objectifs ont été renversés. Il apparaît en revanche clairement que la réforme votée par l'Assemblée est un ensemble composite et hétérogène. De plus, nous le verrons, les hésitations, les accrocs voire les échecs sont nombreux dans l'histoire des années précédant le vote de la loi, ce qui ne permet pas une approche linéaire du processus de réforme. Enfin, l'approche séquentielle a besoin d'un point fixe pour se développer, un acteur, une idée, une institution. L'étude que nous présentons manque singulièrement de point fixe. Au contraire, la période des années 1990 à 2000 et particulièrement à partir de la deuxième moitié des années 2000 est caractérisée par une pluralité d'acteurs agissant pour le compte d'organisations diversifiées (une association d'usagers, le Conseil constitutionnel, les chambres du Parlement, les Inspections générales, des professionnels de la psychiatrie, des administrations centrales) qui interviennent sur deux points principaux : la systématisation de la saisine du juge pour contrôler les hospitalisations sans consentement (qui nous intéresse particulièrement) et l'extension de la contrainte aux soins à travers la mise en place de programmes de soins obligatoires.

aliénistes et les professionnels de la psychiatrie, le personnel politique à travers des dualités parfois importantes entre le gouvernement et les parlementaires, les usagers de la psychiatrie et leur action organisée au sein d'associations de représentation et défense des droits, et dans une moindre mesure par les professionnels du droit, sont successivement présentées et analysées. À partir de ces formes de travail politique, nous montrons l'émergence et le renforcement de ce que nous appellerons trois *coalitions*[1] concurrentes pour penser les soins psychiatriques à partir des années 1970-1980. Ces coalitions se distinguent en tous points : elles rassemblent des acteurs d'origines variées, et inégaux du point de vue de la position et de l'expérience de la contrainte aux soins, elles proposent des visions de la psychiatrie et de la maladie mentale souvent opposées et ne s'expriment pas dans les mêmes arènes publiques.

La relation entre ces trois coalitions, apparemment antagonistes pour penser la psychiatrie, entre sécurité publique, protection des personnes vulnérables et garantie des droits fondamentaux et des libertés, ou encore besoin de soins, connaît une nouvelle phase de problématisation autour des années 2000 renouvelant par la même les configurations d'acteurs qui s'y rattachent. Pour clarifier le propos, nous présentons les trois coalitions dans des sections distinctes, dans un plan qui ne respecte pas strictement la chronologie des faits, mais entend situer les coalitions dans une dynamique historique en les mobilisant quand elles apparaissent particulièrement visibles dans leurs interactions avec les autres.

Le premier ensemble est porté par une majorité de professionnels de la psychiatrie. À la suite d'une reproblématisation accrue du soin en santé mentale suite aux controverses des années 1960, une critique renouvelée de l'asile aboutit notamment à une réorganisation territoriale du soin. L'ouverture de l'hôpital vers la ville ainsi que les innovations techniques (notamment médicamenteuses à partir des années 1950) conduisent les professionnels à revendiquer de nouvelles modalités d'exercice. Alors qu'ils espéraient un grand débat de fond sur le renouvellement des conditions du soin, les professionnels sont déçus par le manque d'ampleur de la loi de 1990 (A). La deuxième coalition s'inscrit dans des cabinets ministériels

[1] John Kingdon (1984) déploie la notion de *policy communities* pour nommer des regroupements d'acteurs attachés entre eux par des conceptions communes du point du vue du *courant des solutions* (*policy stream*). Peter Haas (1992) utilise la notion de « communautés épistémiques » dans un contexte international pour décrire des groupes dont la cohérence des idées réformatrices apparaît trop importante pour notre cas. Paul Sabatier (1998) se réfère à la *coalition de cause* dans le cadre de l'*Advocacy Coalition Framework* (ACF) (voir aussi Bergeron, Surel et Valluy, 1998). La dimension coordonnée de l'activité des acteurs participant d'une *coalition de cause* nous semble dans l'ensemble convenir pour notre cas ; toutefois elle s'avère particulièrement inadéquate pour analyser avec finesse les moments de désajustement interne que l'on observe au cours de plusieurs décennies.

et s'ancre notamment autour de la figure de Nicolas Sarkozy qui emploie une intense force politique, tout au long des années 2000, à tenter de réformer les prises en charge psychiatriques. Ses propositions, qui vont plutôt du côté d'une hausse de la contrainte et de la surveillance des personnes, participent à tendre les relations avec la première coalition d'acteurs professionnels (B). À l'opposé du spectre, un mouvement de défense des droits des usagers se déploie depuis les années 1970 en utilisant la judiciarisation des hospitalisations sans consentement comme une arme, à la fois défensive et offensive, pour l'activation des droits des personnes hospitalisées – à défaut des tentatives de collusion politique qui ne se sont jamais révélées fructueuses. Cette coalition est constituée d'un petit nombre de militants très actifs pour les droits des personnes, accompagnés de quelques avocats qui se spécialisent dans ce contentieux. L'instauration des Questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) à la fin des années 2000 est enfin saisie par les associations pour faire valoir les droits des personnes hospitalisées (C). À travers l'examen des conditions sociales et politiques dans lesquelles le contrôle judiciaire des hospitalisations a finalement été introduit en 2011, nous montrons donc finalement que l'entrée du JLD dans la procédure résulte d'un processus complexe de rationalisation du droit où s'entremêlent des valeurs juridiques, mais également politiques au sens de la répartition des pouvoirs (D).

A. Dans l'attente d'une réforme : coopération des professionnels avec les pouvoirs publics ou configuration de l'expertise ?

Après la Seconde guerre mondiale, la psychiatrie se trouve en quelque sorte au milieu du gué. Les conditions d'exercice et de prise en charge ont été largement modifiées par des aménagements organisationnels d'une part et les innovations scientifiques d'autre part, à travers notamment la « découverte » des neuroleptiques au début des années 1950 (voir par exemple Flahaut, 1993 ; Henckes, 2011b ; Guillemain, 2018). Malgré l'effroi que produit la découverte du lourd tribut humain payé par les aliénés sous l'Occupation (Bueltzingsloewen, 2002), le pouvoir médical n'est que faiblement remis en cause jusqu'aux années 1960, lorsqu'émerge une forte critique de l'asile, bâtie sur de puissantes contributions de sciences sociales (Foucault, 1961 ; Goffman, 1968) et l'engagement de certains professionnels de la psychiatrie qui souhaitent pratiquer autrement (Henckes, 2007, 2009b).

Les professionnels s'organisent progressivement en groupes d'influence *via* différentes formes d'action organisée (syndicats, sociétés savantes) pour participer à l'élaboration des

politiques publiques liées à leurs conditions d'exercice. Les psychiatres occupent donc une place particulière dans la configuration d'acteurs pertinents pour construire une réforme de la psychiatrie : ils se situent entre expertise et groupe d'intérêts (Vigour, 2018 chap. 2). Ces deux rôles se recoupent parfois[1] dans la rédaction de rapports, notamment dans la période des années 1990. Ces rapports sont commandés par des instances publiques. Nous analysons la sélection de leurs auteurs comme une sélection des solutions politiques qu'elles souhaitent privilégier. Nous qualifions cette stratégie de « configuration politique de l'expertise », au sens où les administrations parviennent à légitimer politiquement certaines propositions, qui étaient déjà là, en les faisant porter par des professionnels « experts ».

1) Des années 1960 aux années 1990 : une critique de l'asile renouvelée et une attention à l'arbitraire redoublée

Au début des années 1960, une tentative de révision de la loi de 1838 est préparée[2] et se réalise partiellement avec le vote de la loi du 3 janvier 1968 réformant le droit des incapables majeurs (Eyraud et Henckes 2013). La réforme du 3 janvier 1968 abroge en effet partiellement la loi de 1838 et prévoit une révision de l'ensemble des mesures sous cinq ans. Beaucoup de malades passent alors sous le régime de l'hospitalisation libre, les malades hospitalisés sous ce régime de droit commun devenant majoritaires à l'hôpital au 1er janvier 1973. La loi de 1968, *portant réforme de la protection juridique des incapables majeurs*, vient ensuite terminer le tournant dans l'encadrement des prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques (voir Eyraud, 2013 chap. 2). La transformation du système asilaire et la question de la place du juge émaillent les débats préalables au vote de cette loi. Mais s'il est convenu que seul un juge peut décider d'une mesure de tutelle, l'hôpital psychiatrique demeure un territoire où il ne peut entrer uniquement s'il y est invité[3].

Dans les années 1960 et 1970, la profession psychiatrique opère avec force un changement dans sa relation aux autorités gouvernantes. Le principe d'une psychiatrie autonome du pouvoir politique passe notamment par l'affirmation de son appartenance à une

[1] Ce n'est pas systématiquement le cas. En effet, certains groupes d'intérêts ne parviennent pas à faire reconnaître leur expertise, ce qui limite également leur capacité à défendre leurs intérêts.

[2] Le ministère de la Santé organise une commission de réforme de la loi de 1838 au début des années 1960 (Rhenter, 2010).

[3] Un juge administratif peut être saisi par la personne hospitalisée ou son entourage pour contester la mesure administrative. Un second recours judiciaire doit ensuite être fait auprès d'un juge judiciaire pour obtenir une sortie effective de l'hôpital.

branche de la médecine lors des congrès de l'Association mondiale de psychiatrie[1] (Alezrah, 2009). Le contexte est rendu favorable à la discussion des modalités d'hospitalisation du fait du développement institutionnel des instances supranationales de l'après-guerre (notamment européennes et des Nations unies) qui participent largement à construire une approche médicalisée de l'*habeas corpus*[2].

Encadré : Rationalisation de l'*habeas corpus *dans des textes de droits positifs : les apports du développement institutionnel des instances de droit supranationales

Le développement institutionnel des instances supranationales de l'après-guerre participe largement à inscrire le principe de *l'habes corpus* dans les textes de droit interne. Les États entendent recourir à des innovations, notamment juridiques, pour se prémunir contre les dérives politiques et criminelles découvertes avec la Seconde guerre mondiale. Concernant les internements des aliénés, ces institutions se positionnent en faveur d'une justification médicale à l'enfermement. Progressivement, elles entendent promouvoir le principe d'un contrôle judiciaire de cette forme d'enfermement.

Le Conseil de l'Europe et la CEDH – La Convention européenne des droits de l'Homme[3] a été adoptée par le Conseil de l'Europe en 1950 et est entrée en vigueur en 1953[4] puis ratifiée par la France en 1974. Dès sa version initiale[5], l'article 5 prévoit que « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales* ». Les cas relevant de l'exception désignent les détentions décidées par l'autorité judiciaire ou compétente et précisent « *s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane, d'un vagabond* ». Cette mention n'a, à ce jour, pas été modifiée. À quatre reprises, des Recommandations du Conseil de l'Europe invitent les gouvernements des États-membres à introduire un juge dans les procédures de

[1] L'Association mondiale de psychiatrie est créée officiellement en 1961 (après une série de rencontres internationales ayant eu lieu depuis 1950). Elle rassemble une série de sociétés savantes nationales (138 sociétés issues de 118 pays différents sont représentées aujourd'hui). Henry Ey (fondateur du Syndicat des Psychiatres hospitaliers, SPH) et Jean Delay (qui participe à la « découverte » de la chlorpromazine) représentent la France.

[2] L'*habeas corpus* est une notion juridique dont les origines remontent à la Rome antique qui s'oppose à l'arbitraire de tout enfermement. Elle énonce la liberté fondamentale selon laquelle une personne ne peut être emprisonnée sans jugement. Elle est utilisée et reprise notamment dans la sphère judiciaire mais également dans le cadre des internements psychiatriques.

[3] Le sigle CEDH désigne à la fois la Convention Européenne des droits de l'Homme et la Cour européenne des droits de l'Homme instituée en 1959, et siégeant à Strasbourg, pour veiller au respect de la Convention des droits. Pour simplifier, nous nous référerons dans la suite de la thèse à la Cour européenne des droits de l'Homme comme CEDH et au texte sur lequel elle s'appuie comme la Convention des droits.

[4] La Convention des droits se réfère notamment à la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) proclamée par les Nations Unies en 1948. Elle est aujourd'hui ratifiée par 47 États, dont les 27 États-membres de l'Union Européenne (UE).

[5] La version initiale de la Convention est accessible au lien suivant : https://www.echr.coe.int/Documents/Archives_1950_Convention_FRA.pdf

placement[1]. Les Recommandations proposent que la nature de la décision de placement soit judiciaire, à défaut, des recours devant une cour de justice doivent être rendus possibles et facilités.

Plusieurs arrêts célèbres rendus par la CEDH participent ensuite à se prémunir contre l'arbitraire des internements psychiatriques[2,3]. Un arrêt important est rendu le 18 novembre 2010, contre la France. Intervenant dans un intervalle particulièrement crucial, cet arrêt participe largement au vote d'une loi mettant en place le contrôle judiciaire des hospitalisations (voir section C).

L'Organisation des Nations Unies **–** Sur le plan international, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté le 16 décembre 1966 et mis en vigueur en 1976, encadre la privation de liberté. L'Assemblée générale des Nations Unies adopte en 1991 une Résolution énonçant les principes relatifs à la *protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux*[4]. Le *Principe 4, relatif à la décision de maladie mentale*, rappelle qu' « *il ne peut être décidé qu'une personne est atteinte de maladie mentale que conformément aux normes médicales acceptées sur le plan international* » - il poursuit en précisant qu'aucune considération d'ordre religieux, politique économique ou encore liée à des conflits familiaux ou professionnels ne sauraient constituer un jugement valable portant enfermement. Le *Principe 16 relatif au placement d'office* répète cet impératif : « *Une personne ne peut être placée d'office dans un service de santé mentale [...] qu'à la seule et unique condition qu'un praticien de santé mentale qualifié et habilité à cette fin par la loi décide, conformément au principe 4 ci-dessus, que cette personne souffre d'une maladie mentale* ». Enfin le *Principe 17, relatif l'organe de révision*, définit que celui-ci est « *un organe judiciaire ou un autre organe indépendant et impartial établi et agissant selon les procédures fixées par la législation nationale* ».

Enfin, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants (dans les années 1980) et son Protocole facultatif, ratifié par la France en 2008, ont conduit à la création du Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) en France par la loi du 30 octobre 2007. Depuis son installation, l'importance (même dans

[1] Il s'agit de la Recommandation (1977)818 (http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=14852&lang=FR) ; la Recommandation (1983)2 *sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires* https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016804fec88 ; la Recommandation (1994)1235 (http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR) ; la Recommandation (2004)10 https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc33e

[2] On peut noter le premier arrêt du 24 octobre 1979, dans l'affaire *Winterwerp contre les Pays-Bas* fixant notamment le principe selon lequel le trouble mental doit être établi par une expertise médicale objective ; l'arrêt du 25 mars 1999 de *Musial contre la Pologne* portant sur le non-respect de la brièveté attendue du délai pour que se tienne l'audience judiciaire ; l'arrêt du 5 octobre 2004 de *H.L. contre le Royaume-Uni* conditionnant l'internement à un encadrement légal et procédural défini par les autorités nationales ; et plus récemment l'arrêt du 2 mai 2013 de *Zagidulina contre la Russie* pour défaut d'information à la personne internée, ou encore l'arrêt du 16 septembre 2014 de *Atudorei contre la Roumanie* au sujet du non-respect de la décision de mainlevée d'un tribunal en première instance.

[3] Les textes émanant du Conseil de l'Europe et de la CEDH insistent particulièrement sur la nature médicale du jugement d'aliénation qui doit servir de rempart contre les internements d'ordre politique.

[4] La résolution est accessible au lien suivant : https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/RES/46/119

l'arène médiatique) des rapports rendus par le CGLPL n'a cessé de croître (sur la démarche critique du CGLPL voir Fischer, 2016).

À la fin des années 1970[1] et au début des années 1980, l'attention portée aux conditions de prise en charge des malades mentaux se renforce. La controversée loi du 2 février 1981 *renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes,* dite « Loi Liberté et Sécurité », contient des articles ambivalents concernant les personnes soignées en psychiatrie[2]. Elle instaure notamment le principe du débat contradictoire devant le juge chargé de juger du fondement de la mesure, en cas de saisine par le patient ou son entourage – la systématisation du contrôle judiciaire des hospitalisations étant encore loin – et autorise les juges à motiver leurs décisions (de maintien le plus souvent) afin d'informer le patient des raisons de son jugement. Enfin, la loi de février 1981 prend acte de la dispersion institutionnelle des prises en charge psychiatriques et étend le pouvoir de contrôle (visites et revue des registres notamment) des autorités à tous les établissements accueillant des personnes en raison de troubles mentaux.

De nombreux changements portés par la voie réglementaire rendent pendant des années l'échéance législative moins urgente. Mais une grande loi demeure très attendue par beaucoup de professionnels, pour donner un cadre légal à des pratiques et des dispositifs qui ont largement évolué depuis 1838. L'inscription d'une réforme importante à l'agenda politique étant le plus souvent synonyme de débats et discussions de fond, les psychiatres et les associations d'usagers (principalement l'UNAFAM qui représente les familles des malades) souhaitent pouvoir débattre de plusieurs modalités de soins, dont la configuration des pouvoirs autour de l'enfermement et de la contrainte aux soins n'est qu'une seule des modalités.

[1] Notamment la publication en 1978 d'une série de « Notes » par un membre de l'IGAS concernant les conditions de prise en charge des malades mentaux dans les établissements.

[2] L'article L 353-2 du Code de la Santé, essentiellement issue de la loi de 1981, concède par exemple une série de droits importants aux personnes hospitalisés contre leur gré en psychiatrie (« *d'être informée à son admission de ses droits et devoirs ; de disposer à son gré de la liberté d'émettre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel ; de recevoir des visites ; de refuser tout traitement et de prendre conseil d'un médecin de son choix pour en décider ; de disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement sous réserve du respect du règlement intérieur de celui-ci ; de pratiquer la religion de son choix sans discrimination* »), de l'autre il retire ces droits aux personnes hospitalisés librement dans une importante proportion d'établissements.

2) Des attentes déçues par la loi de 1990

En 1981, l'alternance porte au pouvoir un Président de la République socialiste, François Mitterrand, et un gouvernement d'Union de la gauche, associant des ministres communistes. Le communiste Jack Ralite est nommé ministre de la Santé. L'ouverture de cette fenêtre politique (*political window*)[1] est saisie par les entrepreneurs (principalement des professionnels de la psychiatrie) pour soumettre leurs propositions. La question de la judiciarisation des mesures d'hospitalisations psychiatriques est soulevée à plusieurs reprises sous les deux mandats présidentiels de François Mitterrand.

Le 28 juillet 1981, le sénateur radical de gauche Henri Caillavet dépose une proposition de loi *tendant à modifier les conditions de mode de placement dans les établissements de soins prévues par la loi du 30 juin 1838 relative à la lutte contre les maladies mentales*[2]. Par celle-ci, il souhaite instaurer une « *sauvegarde des droits de l'individu, un impératif appel à la lutte contre les abus* » par un transfert du pouvoir de décision d'admission du directeur d'établissement au juge des tutelles dont il propose qu'il soit saisi par requête d'un tiers de la personne faisant l'objet de la mesure. Cette proposition n'est pas retenue par les sénateurs.

Marie et Jean Demay, un couple de psychiatres chargé par le ministre de rendre un rapport sur la psychiatrie[3], proposent en 1982 l'abrogation de la loi de 1838[4]. Partant, ils prennent position pour la fermeture des asiles et pour la délégation de la décision et de la responsabilité de l'imposition des soins exclusivement au médecin. Les auteurs du rapport rappellent également la nécessaire insoumission des professionnels de la psychiatrie et de leurs décisions au pouvoir politique. Ils préconisent enfin qu'un contrôle soit assuré par les autorités judiciaires. En Europe, dans la même période, un mouvement de réformes a débuté[5] avec le vote de la loi 180 dite loi Basaglia en Italie en 1978, marquant la fin de l'hôpital psychiatrique au profit de services de soins communautaires décentralisés. La plupart des autres pays européens optent

[1] John Keeler (1994, 2016) définit que l'alternance politique crée des conditions favorables pour mener des réformes importantes.

[2] Accessible au lien suivant : http://www.senat.fr/leg/1980-1981/i1980_1981_0332.pdf.

[3] Ils déposent en 1982 un rapport intitulé « Une voie française pour une psychiatrie différente ». Pour une lecture commentée du rapport voir (Alezrah, 2009).

[4] Le Groupe informations asiles (GIA), voir encadré plus bas, a notamment soumis un texte de proposition de réforme des hospitalisations d'office par voie de judiciarisation et l'abrogation du placement volontaire (voir Bernardet, 1989, p. 360-361).

[5] Pour le détail des mesures en place dans les pays européens voir (Bernardet, Vaillant et Douraki, 2002, p. 81-129).

pour un dispositif de soins sans consentement contrôlé de manière systématique par une autorité judiciaire.

Quelques années plus tard, en 1986, le rapport du psychiatre François Zambrowski intitulé, *Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française*, apparaît moins fort idéologiquement que le précédent et propose une série d'agencements, pour mettre en application une politique de secteur. Si le rapport ne dit pas grand-chose au sujet des soins sans consentement, il propose cependant la création d'une commission « médico-judiciaire » par départements préfigurant ainsi la création des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (voir encadré ci-dessous sur les CDHP).

L'année suivant les 150 ans de la loi de 1838, en 1989, le ministre chargé de la Santé socialiste, Claude Évin, dépose un projet de loi concernant les conditions d'hospitalisation des malades mentaux à l'occasion de la « *célébration du bicentenaire de la Révolution française et de la proclamation des Droits de l'homme et du citoyen* » précise-t-il en préambule. Trois des cinq objectifs de la loi visent la promotion, la garantie et le contrôle du respect des droits des personnes prises en charge. Le préambule du texte fait apparaître une référence à une recommandation du Conseil de l'Europe (voir encadré sur la rationalisation de l'*habeas corpus* ci-dessus) privilégiant une décision de placement prise par un organe judiciaire[1]. Les sénateurs de la commission des lois, par l'action du socialiste Michel Dreyfus-Schmidt, prenant lui-même appui sur les travaux du Groupe Information Asiles[2], font dès lors la proposition d'une judiciarisation des hospitalisations, en s'appuyant cette fois sur la Constitution. Dans le rapport de la commission des Affaires sociales du Sénat du 4 avril 1990, dans le cadre de la première lecture au Sénat, les rapporteurs commentent l'absence du contrôle judiciaire dans le projet de loi :

> « **Le projet de loi écarte également l'idée d'une " judiciarisation " des procédures** [en gras dans le texte] et conserve l'une des dispositions les plus discutées de la loi actuelle : le pouvoir donné au préfet, garant de l'ordre public, d'ordonner lui-même un placement d'office. Mais ici encore, le transfert au juge n'a pas paru souhaitable pour une procédure s'inscrivant par définition dans un contexte d'urgence, nécessitant une certaine rapidité de mise en œuvre »[3].

[1] La recommandation précise ensuite « *Lorsque la décision de placement est prise par une personne ou un organe qui n'est pas judiciaire, cet organe ou cette personne doivent être différents de ceux ayant demandé ou recommandé le placement* ».

[2] Cette association d'usagers de la psychiatrie fondée à la fin des années 1970 fait l'objet d'un long développement dans la suite du chapitre (voir C.)

[3] Rapport accessible au lien suivant : http://www.senat.fr/rap/1989-1990/i1989_1990_0216.pdf.

La commission des Lois[1] rend un avis annexé au procès-verbal de la séance du 17 avril 1990 dans lequel elle prend position pour une judiciarisation des hospitalisations.

> « Votre commission des lois n'est saisie que pour avis du projet de loi. Après un long débat, elle a retenu le principe de la **judiciarisation** [en gras dans le texte] du placement sous contrainte des malades mentaux dans les établissements psychiatriques en estimant cette mesure conforme à l'article 66 de notre Constitution selon lequel : " L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi " »[2].

La commission propose que ce contentieux soit à la charge du juge des tutelles. Cette proposition de la commission des Lois n'est pourtant pas retenue dans le texte intermédiaire voté par le Sénat le 24 avril 1990 – un mécanisme rare, mais qui va se répéter en 2011 concernant l'extension de la contrainte à l'extérieur de l'hôpital.

La version du texte finalement adopté définitivement par le Parlement en juin 1990 ne comporte aucune mention d'un contrôle judiciaire saisi pour toutes les hospitalisations[3]. La personne hospitalisée ou son entourage peut toujours saisir le juge pour contester l'enfermement *a posteriori*. Cet office est rempli par un juge administratif qui statue sur la contestation par un citoyen d'une décision prise par l'État (qu'elle soit décidée par le préfet ou bien par le directeur d'établissement, il s'agit bien d'une autorité administrative compétente). L'annulation administrative d'une mesure n'entraîne pas une sortie de l'hôpital automatique. Un juge judiciaire doit ensuite être saisi pour obtenir une sortie de l'hôpital.

Initialement vues comme une innovation importante, la loi instaure également les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), un outil institutionnel supplémentaire à la garantie du respect des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Encadré : Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), entre protection des droits et bureaucratie

En 1906, Clémenceau avait adressé une circulaire aux préfets, réclamant la mise en œuvre de commissions départementales afin de procéder « au bilan moral des établissements

[1] L'intitulé complet est Commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale.

[2] Rapport accessible au lien suivant : http://www.senat.fr/rap/1989-1990/i1989_1990_0241.pdf

[3] Pour une analyse du contenu de la loi de 1990, (voir Moreau, 2015, p. 122-129).

d'aliénés »[1]. De manière inégale sur le territoire, des commissions s'étaient tenues avec une périodicité très variable et permettant des résultats globalement insuffisants.

La loi promulguée le 27 juin 1990 instaure le principe d'un contrôle par une commission spécialement chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées, dénommées commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Les CDHP peuvent être saisies par les personnes hospitalisées ou leur entourage et peuvent saisir un juge si elles estiment que les conditions d'hospitalisation et/ou la décision sont abusives. La composition des CDHP varie. Depuis la loi du 4 mars 2002, elle est composée de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations agréées et d'un médecin généraliste. Les CDHP sont informées de toutes les décisions d'admission ainsi que de leurs renouvellements. Elles reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées et de leurs familles et sont en relation avec les commissions des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), instaurées par la loi du 4 mars 2002. Elles sont également chargées d'effectuer des visites des établissements.

Avec la loi de 2011, elles demeurent et sont rebaptisées Commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP), mais leur rôle est remis en question depuis le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement (Monnier et Tachon, 2015).

La mise en place de ces commissions a des effets ambivalents. Elles sont souvent considérées comme un pilier de la démocratie sanitaire, mais leur action concrète semble bien en deçà. D'un côté, les CDHP/CDSP sont des organes dont la mission spécifique vise à conjurer l'arbitraire des hospitalisations ; de l'autre, elles ne possèdent qu'un pouvoir très relatif de regard et de saisine, sans pouvoir véritablement agir sur les situations[2]. Les travaux parlementaires ou professionnels des années qui suivent leur mise en place appellent régulièrement au renforcement de cet organe en pointant la faiblesse de leur action : elles n'ont aucun pouvoir hiérarchique ou contraignant sur les établissements et sont dotées de moyens très faibles. En 1999, elles se rassemblent en une association nommée CDHP France. Cette association a obtenu pendant quelques années une dotation du ministère de la Santé permettant d'acquitter quelques frais de déplacement, et ainsi organiser et coordonner le travail – ce n'est le plus le cas. Dans certains territoires, « *si les associations d'usagers sont suffisamment fortes* » d'après Dr Vallois (psychiatre membre

[1] « *Vous aurez, en conséquence, à nommer immédiatement une commission composée d'un petit nombre d'hommes, dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence seront hautement reconnus, d'hommes inaccessibles au désir ou à la peur de soulever des polémiques et sachant faire le bien avec simplicité. Vous lui confierez la mission de recueillir par les divers moyens que vous estimerez les plus efficaces tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans les établissements privés et même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation a été contestée, d'examiner avec le plus grand soin les protestations formulées à leur Sujet, et attachant une particulière importance aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui paraîtront douteux. Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête, elle n'est et ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs ; elle les délivrera même des suspicions qui, en se généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent* » (citation tiré d'un rapport de la Commission des Affaires sociales du Sénat n°216, accessible au lien suivant : https://www.senat.fr/rap/1989-1990/i1989_1990_0216.pdf)

[2] Comme d'autres systèmes de contrôle administratif (Lascoumes, 2019), les CDSP participent davantage à « éduquer » qu'à « censurer ou casser » selon Dr. Vallois, membre psychiatre d'une CDSP en région parisienne (janvier 2016).

d'une CDSP en région parisienne, janvier 2016), les commissions obtiennent des ARS une subvention pour rémunérer *via* un hôpital un mi-temps de secrétaires pour organiser les séances, faire le suivi de courrier, et également le recueil d'informations pour le suivi de plainte.

Sans avoir étudié la mise en œuvre de ces commissions (réputée chaotique et inégale par de nombreux acteurs), il nous semble que la délégation de la fonction de contrôle à une organisation plus ou moins informelle, et spécialement créée pour l'occasion, affaiblisse son effectivité. Leur instauration semble s'apparenter à un « *délitement de l'État*» (Baudot et Revillard, 2015, p. 31) sur le plan de la défense des droits. Celui-ci s'observe par la délégation des missions administratives ou étatiques à des organisations diverses, acteurs économiques, ou acteurs associatifs. Le fonctionnement précaire des CDHP/CDSP ainsi que la dominance des psychiatres prédisaient la faiblesse de leur mission de contrôle et de protection des droits, pointée par beaucoup de professionnels aujourd'hui.

La loi du 27 juin 1990 prévoit également un accroissement du nombre de certificats médicaux qui conditionnent les hospitalisations. Pour le reste, elle opère surtout un virage sémantique, sans que la réalité des hospitalisations n'en soit substantiellement modifiée : elle crée le mode légal *libre* pour les hospitalisations (qui sont déjà largement pratiquées) et lui accorde le statut de norme, alors que les hospitalisations sans le consentement de la personne deviennent l'exception du point de vue de la loi – elles le sont déjà du point de vue quantitatif ; elle remplace également le terme de *placement* par celui d'*hospitalisation*. Les deux modes légaux d'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers (anciennement placement volontaire) et d'office sont conservés. Dans une large mesure, en somme, la loi de 1990 constitue davantage une actualisation du cadre légal de l'activité psychiatrique qu'un véritable levier de changement destiné à faire évoluer les pratiques.

Cet objet législatif, présenté comme provisoire, déçoit largement les différentes parties prenantes engagées pour un changement dans le domaine de la santé mentale. Son vote ne parvient pas à trancher de nombreuses questions soulevées par les transformations multiples dans la réalité des prises en charge : services ouverts, dispensaires de ville, progrès pharmaceutiques et décrue du nombre de lits d'hôpital qui s'amorce depuis le début des années 1980. La mise à l'agenda d'une grande réforme sur la psychiatrie dans les années 1980 ranime les mobilisations professionnelles pour le changement[1]. Elles s'organisent principalement

[1] Laure Bereni (2009) observe ce même phénomène sur les mobilisations féministes ravivées par la mise à l'agenda de la question relative à la parité politique.

autour de rapports relatifs à la psychiatrie dans les années 1990 et 2000 qui n'ont de cesse de pointer les apories de la loi de 1990.

3) Configuration de l'expertise : des professionnels partagés sur le recours à la contrainte en ambulatoire

La loi de 1990 ayant été conçue comme une loi transitoire, celle-ci doit être réformée rapidement. Une série de rapports émaille la décennie 1990 en proposant des orientations de changement. Les professionnels de la psychiatrie demandent quasi unanimement qu'une grande réforme vienne enfin clarifier et modifier en profondeur l'organisation des soins de santé mentale dans le secteur. Les grands sujets qui font consensus sont la poursuite de la sectorisation, l'inscription de la « santé mentale » dans les politiques publiques tout en délimitant le mandat médical et l'obtention de moyens suffisants pour mener à bien ces réformes. Mais au-delà de ces propositions, des dissensions existent au sein du groupe professionnel. Dans le modèle de John Kingdon, plus les communautés politiques sont segmentées, voire fragmentées, plus minces sont leurs chances d'inscrire des solutions sur l'agenda politique. Nous faisons l'hypothèse, dans cette section, que le politique opère ici une configuration de l'expertise[1] au cours de la décennie 1990, au sens où la nomination de commissions professionnelles pour rédiger des rapports permet d'opérer une sélection parmi les solutions variables promues par des segments professionnels concurrents. Comme Anne Revillard le montre dans le cas de « la cause femmes dans l'État » (2016), l'État occupe ici une double fonction vis-à-vis de l'expertise : non seulement il est sollicité pour trancher entre diverses solutions possibles, mais en faisant la demande de production de savoirs situés, il participe à construire le paysage de l'expertise dans un domaine. En outre, lorsque des professionnels sont institués experts et rapporteurs par l'État, l'autorité dès lors confiée à leurs savoirs « *contribue à l'idée d'une neutralité des propositions, au-delà des clivages politiques* » (Vigour, 2018, p. 107). Comme les professionnels de la justice dans le cadre d'une réforme de la justice (Vigour, 2018, chap. 2), les professionnels de la psychiatrie sont institués à la fois comme experts du champ et comme groupe d'intérêt dans la définition de la bonne politique concernant les soins psychiatriques.

[1] Olivier Borraz (2015) indique que la commande d'une expertise opère un « cadrage » du problème à régler.

Le premier rapport est commandé en 1992 par Bruno Durieux, ministre divers droite délégué à la Santé. Il est rédigé par Gérard Massé psychiatre à Sainte-Anne et intitulé *La psychiatrie ouverte, dynamique en santé mentale*. Le rapport insiste notamment sur l'hospitalo-centrisme qui caractérise la prise en charge psychiatrique à la française et demande la possibilité de procéder à des soins à l'extérieur de l'hôpital, mais avec une valeur obligatoire. Il entend poursuivre le déploiement de la sectorisation psychiatrique, notamment en prenant appui sur les hôpitaux généraux afin de désenclaver la santé mentale de l'asile. Gérard Massé est également opposé à l'introduction du juge dans les procédures de contrainte. Selon lui, il s'agirait plutôt de déspécifier ce régime psychiatrique, ce qui pourrait se faire par la simple application du principe d'a*ssistance à personne en danger*.

> « Nous on s'est arc-boutés, on ne voulait pas de juge ! Dans les gênes des psychiatres français post-aliénistes, c'est : pas de juge, c'est une question médicale et on s'arrange avec la famille. Et puis on pensait : de toute façon ça va être lent, ça va jamais marcher »
>
> Gérard Massé, psychiatre à Sainte-Anne, mars 2015

Encadré : La MNASM comme exemple de l'institutionnalisation de l'expertise militante

À la suite du rapport suscité, et dans le contexte d'émergence des *agences sanitaires* (voir Benamouzig et Besançon, 2005), une Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) est créée en 1993 et confiée à Gérard Massé pour aider l'administration à mettre en œuvre les changements qu'il appelle dans son rapport, illustrant les rapports complexes entre militantisme (professionnel) et coopération institutionnelle (Baudot et Revillard, 2014 ; Revillard, 2016, chap. 5).

La MNASM est créée en 1993 et confiée à Gérard Massé. Composée d'un comité de pilotage et d'un groupe de correspondants variable, elle détient une expertise technique « de terrain » qu'elle entend faire valoir auprès de l'administration centrale de la Santé dans un objectif réformateur. Elle s'engage notamment dans un travail de restructuration de l'offre de soins avec l'objectif de rapprocher la psychiatrie de l'hôpital général. Elle contribue notamment largement à l'élaboration et la mise en œuvre du Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-2008 et un livre est publié sous une plume collective pour exposer à grands traits les propositions de la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2005). Au début des années 2010, il est envisagé qu'elle se rapproche de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Elle disparaît finalement en 2013.

Si elle semble fonctionner selon des procédures moins bureaucratiques que les agences créées par l'État, et à la tête desquelles sont placés des hauts-fonctionnaires, la création de la MNASM est cependant exemplaire d'une technocratisation de la décision politique – au détriment de principes plus démocratiques. S'il est vrai que l'administration semble davantage intéressée par les propositions visant à étendre les interventions thérapeutiques

en dehors de l'hôpital, l'institutionnalisation des propositions tirées du rapport (au sens de la *mise en institution* des propositions) et la nomination de Gérard Massé à la tête de cette organisation peut être interprétée également comme un signe de l'opposition initiale de l'administration centrale à procéder à une judiciarisation du contrôle des hospitalisations que nous caractérisons comme une configuration politique de l'expertise.

En septembre 1997, le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, présidé par Hélène Strohl, inspectrice à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) rend ses conclusions. Les rapporteurs proposent de supprimer l'hospitalisation à la demande d'un tiers au profit d'un dispositif unique de contrainte aux soins signée par le préfet. Le rapport préconise également le développement de soins forcés ambulatoires pour compléter les hospitalisations d'office (HO). Ce rapport, qui en majorité réitère des préconisations portées par Gérard Massé, rencontre un accueil favorable (ses préconisations sont reprises au début des années 2000), mais aucun travail de mise en œuvre n'est alors engagé. Contrant les préconisations de ce rapport, le groupe parlementaire communiste, mené par le député Georges Hage, dépose en octobre 1997 une proposition de loi visant à mettre en place un contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement qui est rejetée par l'Assemblée nationale.

Le rapport des psychiatries Éric Piel et Jean-Luc Roelandt est ensuite remis à Bernard Kouchner, ministre chargé de la Santé, en juillet 2001. Ce rapport se place dans le sillage assumé du rapport Demay. Il propose notamment de supprimer l'irresponsabilité pénale ainsi que d'en finir avec les grands ensembles asilaires, au profit d'une offre de soins variée et de proximité. Dans la partie portant sur les constats, les auteurs du rapport estiment que la loi de 1990 doit être revue et insistent sur la grande « complexité » de la question, notamment sur le plan technico-juridique, ainsi que sur la portée politique de la décision : « *Il y a nécessité à revoir la loi de 1990 et nous apportons ici, modestement car le sujet est d'une extrême complexité, notre contribution à un débat qui devrait précéder l'élaboration d'une loi nouvelle* » (p. 33). Et un peu plus loin de déclarer « *Nous pensons qu'il faut aller plus loin qu'un toilettage de la loi et envisager l'abrogation de la loi de 1990 sur les soins sous contrainte* » (p. 51). Éric Piel et Jean-Luc Roelandt prennent position pour une responsabilité foncièrement médicale des procédures de traitements obligatoires et proposent de supprimer l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Ils envisagent notamment de substituer à la notion de « trouble à l'ordre public » dans les justifications au traitement obligatoire, un parcours pénal, voire carcéral, au cours duquel des soins « *peuvent et doivent être apportés* ». La notion de danger pour soi-même, selon les auteurs du rapport, doit être conservée (et

radicalement distinguée de celle de danger pour autrui) et conduire à une hospitalisation décidée par le corps médical. Le rapport propose d'ailleurs que cette « *obligation de se soigner* » devienne une disposition de droit commun et qu'elle ne concerne plus uniquement les malades mentaux. Également, les soins pourraient prendre la forme d'une hospitalisation complète ou bien de soins ambulatoires. Les auteurs proposent enfin que « la justice » soit désignée arbitre pour s'assurer du respect des droits des personnes.

> « Par contre, le danger pour soi-même réfère aux notions de liberté individuelle d'une part et d'assistance à personne en danger d'autre part. Donc à la fois à la justice comme garante de ces droits et à la santé pour les soins. En effet, il s'agit avant tout de respecter la liberté individuelle. » (p. 34)

Précisément, ils indiquent une hypothèse pour la mise en œuvre de ce contrôle par le juge. En outre de la libre saisine du juge, ils proposent la révision systématique des décisions médicales par un juge des tutelles, dans les 24 heures suivant la décision d'obligation de soins (ayant elle-même lieu à l'expiration d'une période d'observations de trois jours).

> « Au fil de cette procédure [au cours des 72 premières heures], toute personne ayant intérêt peut faire recours auprès du juge, éventuellement assistée d'un avocat.
>
> En cas d'obligation de soin, à l'issue des 72 heures, le troisième certificat médical circonstancié pose l'indication de l'obligation de soin, avec les avis souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social. La décision est transmise au juge qui statue dans les 24 heures et au préfet et au maire si nécessaire. Pendant ces 24 heures, la personne est maintenue en hospitalisation » (p. 54)

Dans une lettre à l'attention d'Arnaud Montebourg, député PS et vice-président de la commission des lois de l'Assemblée nationale en 2003, Philippe Bernardet (militant du Groupe Information Asiles, voir plus loin) écrit « *Cette judiciarisation du projet a fortement déplu à la Direction générale de la Santé [...] en sollicitant du Dr Roelandt la rédaction d'un nouveau rapport, en 2002, qui ne fera plus référence à ces propositions de réforme et à la judiciarisation des procédures d'admission* ». Il fait ici référence au rapport *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité,* déposé par Jean-Luc Roelandt en avril 2002. Celui-ci ne fait en effet pas mention de la question spécifique des soins sans consentement et précise d'ailleurs : *« Remarquons d'emblée que ce cadre est global et ne distingue pas entre les pathologies ni entre les types d'association. Cette neutralité est certainement préférable, la démocratie sanitaire ne pouvant se comprendre que par l'égalité de traitement de tous ses acteurs, mais elle laisse ouverte la question des contraintes* » (rapport Roelandt, 2002, p.13). Le rapport salue également les avancées permises

par la loi du 4 mars 2002. En permettant l'accès au patient de son dossier médical, elle apparaît comme un rempart supplémentaire à l'arbitraire potentiel du pouvoir médical.

Encadré : Sorties d'essai et programme de soins : deux dispositifs entre liberté, soins et contrainte

Les sorties d'essai sont un dispositif ancien et leurs mises en œuvre sont plurielles. Une sortie d'essai désigne une pause dans le parcours de soins hospitaliers, au profit d'une sortie de l'hôpital plus ou moins longue (de quelques jours à plusieurs mois), permettant un suivi des soins un peu plus lâche ainsi que la tentative d'un retour à domicile.

Leur principe est instauré dès 1857 par la circulaire sur les règlements intérieurs. C'est ensuite un siècle plus tard que leurs modalités sont mieux définies dans la circulaire de 1957 qui insiste sur l'importance du suivi de soins à l'extérieur de l'hôpital. Le recours aux sorties d'essai se développe grâce à la multiplication des structures de soins extrahospitalières permettant une poursuite de soins en dehors du strict cadre hospitalier. Leurs modalités d'application sont multiples. Elles concernent à la fois des sorties de courte durée pour des congés en famille, l'expérimentation d'un retour à domicile de quelques jours, et des patients absents depuis plusieurs années (à la suite d'une fugue ou bien d'un non-retour à l'hôpital après une sortie courte négociée avec le médecin), en l'absence desquels l'hôpital ne peut pas décider de la sortie d'hospitalisation.

Malgré l'existence de ce dispositif, certains médecins se plaignent des formes qu'il recouvre(voir Velpry, 2010). Des psychiatres se positionnent en faveur d'un système qui permette plus concrètement un suivi au long cours des personnes en soins sans consentement à l'extérieur de l'hôpital et donc d'envisager une levée de l'hospitalisation sans consentement (Massé et Zwingenberger, 2006 ; Vidon, Hardy-Baylé et Younès, 2015). La plupart des rapports rendus dans les années 1990 et 2000 recommandent d'ailleurs la mise en place d'un dispositif de sortie d'essai renforcé ou amélioré pour le suivi des soins. D'autres médecins y sont opposés critiquant des dispositifs visant à étendre la contrainte en dehors des murs de l'asile et la décrue du nombre de lits d'hospitalisation (Guibet-Lafaye, 2014)[1].

Le dispositif des « programmes de soins » est inscrit dans la loi de 2011 depuis sa première version permettant l' « émancipation » voire la « désarticulation » du soin et de l'hôpital (Moreau, 2015, p. 121). Les programmes de soins désignent le dispositif de suivi thérapeutique obligatoire qui peut être prescrit par un médecin à une personne à la suite d'une hospitalisation sans consentement. Le programme peut comprendre des consultations en ambulatoire, des hospitalisations partielles ou toute autre forme d'atelier thérapeutique ou autre. En cas de non-respect du programme de soins, le médecin peut demander sous certaines conditions à faire réintégrer le patient à l'hôpital « de force ». Les hospitalisations

[1] Les médecins, encore aujourd'hui, reconnaissent parfois hospitaliser des personnes en mode légal contraint plus pour leur obtenir une place d'hospitalisation qu'en raison de leur incapacité à consentir aux soins. La crainte de certains médecins rencontrés est donc de voir les places d'hospitalisation continuer à décroître et être bientôt obligés de sortir d'hospitalisation également les patients pris en charge sans leur consentement.

sans consentement sont dès lors renommées soins sans consentement, dans la loi de 2011, pouvant être conduits sous le régime de l'hospitalisation complète. Le programme de soins est un dispositif ambivalent (Panfili, 2013) reposant à la fois sur une forme allégée de contrainte aux soins (par rapport à l'hospitalisation) tout en entérinant le principe d'une extension de la contrainte au-delà des murs de l'hôpital. Le programme de soins n'est pas limité dans le temps (Vidon, Hardy-Baylé et Younès, 2015) et son usage sur le long terme participe de l'augmentation du nombre de patients pris en charge sans leur consentement en psychiatrie sur une même année. Le nombre de personnes ayant été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie a augmenté de 15% entre 2012 et 2015, passant de 80 000 à 92 000 (Coldefy et Fernandes, 2017).

Les programmes de soins sont mis en œuvre et encadrés par un corpus documentaire, toutefois « *en devenant « soin », l'hospitalisation est devenue plus souple, plus liquide et moins facilement contrôlable* » (Doron, 2010). En effet, la loi de 2011 instaure un contrôle judiciaire automatique pour les seules décisions de maintien en hospitalisation en excluant les programmes de soins des saisines automatiques. Cette disposition est confirmée par le Conseil constitutionnel dans une réponse à une Question prioritaire de constitutionnalité en 2012. Le JLD peut être saisi dans le cadre des programmes de soins et peut intervenir en requalifiant un programme de soins en hospitalisation si celui-ci prévoit plusieurs jours d'hospitalisation par semaine[1].

Lors des États Généraux de la Psychiatrie qui se sont tenus à Montpellier en juin 2003, le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, annonce que la question de la réforme de la loi de 1990 va être soulevée, sur la base du rapport de 1997 de l'IGAS Hélène Strohl. À la suite de cette déclaration, le rapport *plan d'actions psychiatrie et santé mentale*[2], déposé par la mission du psychiatre Philippe Cléry-Melin (avec Viviane Kovess, psychiatre et épidémiologiste et Jean-Charles Pascal, psychiatre) en septembre 2003 propose également comme cinquième axe de ses propositions de *« réformer l'espace médico-judiciaire, en réactualisant certaines propositions de la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sous contrainte* ». Le rapport ne prend pas parti pour une judiciarisation des hospitalisations, mais encore une fois pour l'ouverture des mesures de soins sans consentement à des parcours de soins en ambulatoire. Les auteurs du rapport préconisent plutôt un renforcement des pouvoirs des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

[1] Voir l'ordonnance de la Cour d'appel de Versailles du 21 mars 2014, accessible ici : https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2014-03-21-jpj-ca-C-A-Versailles-o-Requalification-en-hospitalisation-a-temps-complet-d-un-programme-de-soins.

[2] Le rapport est disponible au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf. Une version synthétique est également paru dans la Revue des affaires sociales (Cléry-Melin, Pascal et Kovess-Masféty, 2004).

Cécile Vigour distingue quatre fonctions des *commissions* (Vigour, 2018, p. 107) ou des rapports d'expertise : construction du problème ; sélection, voire cristallisation, des solutions (et donc des termes du débat) ; garantie de la neutralité politique des propositions ; propositions de solutions (qui sont peu contraignantes pour le pouvoir politique). Au commencement des années 2000, de nombreux rapports ont été rendus. Presque tous émanent d'acteurs professionnels de la psychiatrie (à l'exception du rapport Strohl). Leurs propositions sont dans l'ensemble (à quelques exceptions près) plutôt cohérentes. L'administration centrale est parvenue à baisser le volume de la demande sociale visant à judiciariser les soins sans consentement notamment *via* une sélection des rapporteurs et de leurs idées. Les pouvoirs publics promeuvent ainsi une idée des soins sans consentement étendus l'extérieur de l'hôpital, à laquelle est acquise l'association des famille UNAFAM[1].

Dès lors que le pouvoir central détient une somme importante de travaux d'expertise allant dans le sens de l'ouverture de la contrainte aux soins à l'extérieur de l'hôpital, et qu'une partie de l'environnement associatif, via l'UNAFAM, y est également favorable, comment expliquer que cette mesure ne parvienne pas à s'installer avant 2011 ?

B. Fenêtres d'opportunité manquées et mise à l'agenda politique : vers une surpolitisation du débat entre protection des droits et sauvegarde de l'ordre public

La réponse à la question est à rechercher du côté de la coalition des acteurs politiques. Elle est portée par des cabinets ministériels et parmi les acteurs, Nicolas Sarkozy (ministre puis Président de la République) se distingue particulièrement. À plusieurs reprises, les conditions de traitement des personnes vivant avec des maladies mentales sont installées au centre d'un débat récurrent. On observe un infléchissement de la justification médicale s'opérer, au profit d'un discours qui retient la dangerosité et le trouble à l'ordre public comme raisons au fondement de l'enfermement et problèmes à résoudre.

Le début des années 2000 est marqué par une succession d'ouvertures de fenêtres d'opportunité. À la suite des nombreux rapports professionnels proposant l'extension de la contrainte aux soins à l'extérieur de l'hôpital, les administrations centrales cherchent à solidifier

[1] Le psychiatre Patrick Chaltiel s'y réfère comme à la « strate UNAFAM » de la loi de 2011 (2010). Voir notamment le Livre blanc des partenaires de Santé Mentale France https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=218

la solution de l'extension des soins obligatoires, entre autres mesures, à travers la commande de rapports d'Inspections, dont nous étudions le cadrage. Cette mesure est insérée successivement dans plusieurs projets de loi au milieu des années 2000, sans parvenir toutefois à s'imposer (1). Après plusieurs revers parlementaires et dans un contexte politique tendu entre les professionnels et le pouvoir central, un nouveau projet de loi est présenté au Parlement en 2010 (2).

Nous soutenons que la période des années 2000 est marquée par une *surpolitisation* de la question des soins psychiatriques, au sens de Pierre Lascoumes (2009). L'auteur illustre ce phénomène autour de deux cas, la réforme pénale de 1994[1] et l'instauration du Pacte civil de solidarité (PACS)[2], dont il montre que ces objets sont tour à tour surpolitisés pour étendre la légitimité de l'action politique et sous-politisés afin de confiner les débats à des arènes plus techniques. La surpolitisation « *étend le champ des échanges au-delà de l'enjeu spécifique, elle globalise les arguments utilisés et situe la légitimité de la décision parlementaire à un plan supérieur* » (Lascoumes, 2009, p. 461). Dans les années 1990, la réforme apparaissait plus volontiers comme un chantier technique. Dans les années 2000, l'enjeu se voit progressivement déplacé vers les conceptions anthropologiques de la personne malade comme dangereuses sous-tendues par les projets de loi successifs. La centralité progressivement acquise de la question de la dangerosité des personnes atteintes de maladie mentale – et le fait que cela autorise des mesures davantage restrictives des libertés – en même temps qu'elle déconfine l'enjeu médical des soins psychiatriques, a également pour effet d'interpeller une série d'acteurs au-delà de la sphère professionnelle.

1) Nicolas Sarkozy, comme entrepreneur de politique publique ? Le renouveau du problème de la dangerosité

Si d'autres cabinets ministériels participent avec lui à configurer le *problème de la psychiatrie* sous l'angle sécuritaire, la figure de Nicolas Sarkozy apparaît particulièrement saillante dans les années 2000[3]. Il s'illustre par une recherche constante de moyens de réformer

[1] Sur la réforme pénale voir (Lascoumes, Poncela et Lenoël, 1989 ; Poncela et Lascoumes, 1998).

[2] Sur l'instauration du PACS voir (Borrillo et Lascoumes, 2002).

[3] À part Nicolas Sarkozy, aucune personnalité politique importante ne s'attache particulièrement au sort des malades mentaux depuis l'après-guerre. Or, dans certaines configurations, l'appropriation d'un thème politique par une personne politique peut largement contribuer à construire le problème. Le désintérêt que manifeste le reste de la classe politique à la psychiatrie offre à Nicolas Sarkozy un puissant créneau politique dont il se saisit à partir de 2003 à travers la commande d'un rapport d'inspection (voir

la psychiatrie. On qualifie d'opportunisme politique la manière avec laquelle il mobilise notamment deux faits-divers impliquant une personne soignée en psychiatrie (*problem window*) pour faire valoir la nécessité d'une réforme touchant à la sécurisation des lieux de soins et à un suivi médical plus rapproché. La commande de rapports d'Inspection (a) et les tentatives d'inscription des conditions de prise en charge psychiatrique dans des travaux parlementaires touchant à des sujets pour le moins éloignés de la question de la santé mentale font partie de son répertoire d'instruments politiques (b).

a) Commander un problème pour attacher sa solution : saisir les Inspections pour négocier le cadrage

La stratégie des pouvoirs publics exprimée par les commandes initiées par Nicolas Sarkozy, est d'opérer un cadrage sécuritaire du *problème* des soins obligatoires en psychiatrie, à travers la caractérisation de la *dangerosité* des personnes malades. Dans le courant politique (*political stream*), la nécessité de réformer une loi conçue comme éphémère (loi du 27 juin 1990) et la majorité législative obtenue en 2002 par la droite[1] semblent conférer au pouvoir exécutif les ressources nécessaires pour une réforme. En portant notre attention sur la commande des rapports (Borraz, 2015) – à la fois les acteurs désignés pour produire des rapports, de multiples Inspections générales, et les thématiques imposées – nous soutenons que le pouvoir exécutif cherche à solidifier les solutions qu'il porte en les attachant fermement à un problème qu'il participe à construire : celui de la *dangerosité* des malades mentaux et du risque qu'un suivi médical trop lâche fait peser sur l'ordre public.

Les rapports rendus dans les années 1990 émanaient d'une pluralité de rapporteurs, dont beaucoup avaient un exercice en psychiatrie. Mais, dans les années 2000, ce sont bien plus les Inspections[2] qui sont utilisées pour mener des constats, identifier des problèmes (et pas seulement des solutions), *via* la rédaction de rapports visant à observer la conformité des pratiques aux normes en vigueur et produire des préconisations d'adaptation de celles-ci.

---

plus bas). Pierre Lascoumes et Pierrette Poncela (1998) se livrent à une analyse similaire dans le cadre de la Commission de réforme du Code pénal en 1981. L'arrivée du ministre de la justice Robert Badinter participe grandement à redéfinir les orientations de la Commission.

[1] Grâce à la réforme constitutionnelle de Jacques Chirac en 2000, substituant le septennat présidentiel au quinquennat, le pouvoir exécutif s'assure de manière quasi automatique d'obtenir la majorité législative et conjure la configuration cohabitationnelle. Voir par exemple (Garrigou, 2017).

[2] Nous mettons une majuscule à Inspection lorsque le substantif désigne l'institution. L'inspection (en minuscule) désigne l'activité d'inspection ou bien le rapport final.

Encadré : Le rôle des Inspections dans l'action publique

Sylvain Brunier et Olivier Pilmis ont récemment coordonné un ouvrage proposant une « sociologie de l'inspection » (2020). Ils précisent dans l'introduction l'approche développée dans les contributions de l'ouvrage collectif qui « *prend au sérieux la notion d'intermédiation* » qui s'établit sur une définition de l'inspection reposant « *sur une relation tripartite entre un inspecteur, un inspecté et un commanditaire. [...] La relation entre l'inspecteur et le commanditaire n'est pas moins importante que celle entre l'inspecteur et l'inspecté* » (p.10). Ils montrent que si parfois, à la suite de scandales publics notamment, les Inspections sont accusées de connivence avec les corps professionnels qu'elles sont chargées d'inspecter, la préservation de leur autonomie se joue également dans leur relation au commanditaire.

Romain Juston Morival (2020b) montre, dans sa contribution au sujet d'une réforme de la médecine légale, que les Inspections peuvent être également saisies comme des leviers de changement. Il insiste sur la « *fonction préparatoire* » des inspections pour « *donner de la crédibilité à un projet de réforme* » en discussion depuis plusieurs décennies. Trois rapports d'inspection sont étudiés ainsi que les conditions de leur préparation et leur réception par les différents ministères pour construire une réforme à partir de quelques-unes des recommandations qui s'alignent avec leur projet initial par un « *usage sélectif des inspections* ».

La loi du 27 juin 1990 ayant été conçue comme une loi transitoire, les trois rapports « en cascade » du milieu des années 2000 sur lesquels nous allons nous concentrer s'apparentent ainsi tout à la fois à un outil d'évaluation du dispositif tel qu'il existe et à une source de recommandations visant à préparer une réforme attendue et prévue de longue date par de nombreux acteurs (voir aussi Morival et Lazarus, 2018). Au-delà de ces deux fonctions identifiées dans la littérature et qu'on retrouve dans le domaine des réformes de la psychiatrie en matière de soins sans consentement, il en existe une troisième, qui consiste en une tentative de légitimation d'une solution politique en réalité déjà conçue par les pouvoirs publics, qui cherchent, par là, à l'attacher à un problème public que les inspections et les rapports sur lesquelles elles débouchent participent à construire.

Le premier rapport : IGA, IGPN, IGGN

Malgré le grand nombre de rapports déjà rendus sur les conditions d'accueil des patients en psychiatrie dans la décennie antérieure, le ministre de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy confie une *mission d'enquête sur les problèmes de sécurité liés à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sans consentement* à l'Inspection générale de l'Administration (IGA). Dans la lettre de mission du 19 juin 2003, signée de son directeur de cabinet Claude Guéant, il prévient que l'IGA pourra faire appel à l'Inspection générale de la police nationale (IGPN). La lettre précise la mission de manière stricte : il s'agit d'apprécier les conditions de mise en œuvre de la loi du 27 juin 1990 « *en indiquant les risques pour la protection de la sûreté des personnes et de la préservation de l'ordre public* » ; d'étudier les différents aspects

de la mission des préfets dans ce cadre ; d'évaluer les dispositifs de l'État destinés à réduire les risques liés à ces publics. Il est en dernier ressort demandé que soient proposées des « adaptations » du dispositif « *qui permettraient tout à la fois un strict respect des droits et des libertés des malades et une efficacité renforcée de l'action administrative* ». La lettre évoque également des « *réflexions* » menées au ministère de la Santé allant dans le sens d'une fusion des régimes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et du préfet à l'avantage du pouvoir administratif. La mission fait finalement appel à l'Inspection générale de gendarmerie nationale (IGGN) en plus de l'IGPN et le rapport est rendu en mai 2004. Parmi les cinq inspecteurs, trois, dont le chef de mission, sont membres de l'IGA. Cette configuration des pouvoirs place très clairement la mission du côté du pouvoir administratif et donc des préfets alors que le pouvoir judiciaire demeure invariablement absent.

Toutefois si le rapport final *sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*[1] renoue avec une conception de la personne atteinte d'une maladie psychiatrique comme dangereuse, il propose quelques nuances dans ses conclusions[2]. Il entend distinguer deux types de population prise en charge par la psychiatrie et leur assigne des dispositifs de prise en charge sous contrainte différents. Les malades dangereux seraient hospitalisés selon les modalités de l'hospitalisation d'office qui resteraient inchangées ; alors que les autres malades, ceux ne faisant pas courir de risque à l'ordre public seraient pris en charge selon un nouveau dispositif de « l'obligation de soins » qui serait instauré sur la demande d'un tiers ou, à défaut, d'un juge civil[3]. Cette obligation de soins pourrait être mise en œuvre sous le régime de l'hospitalisation complète ou bien en suivant un programme de soins ambulatoires.

Le deuxième rapport : IGAS et IGSJ

Ce deuxième rapport est commandé par les ministres chargés de la santé et de la justice par une lettre de mission datée du 9 novembre 2004. La commande est faite dans le contexte

[1] Le rapport est accessible au lien suivant : https://www.vie-publique.fr/rapport/28144-rapport-sur-les-problemes-de-securite-lies-aux-regimes-dhospitalisation

[2] Selon Sylvain Brunier et Olivier Pilmis (2020), ces minces écarts du chef de mission dans la réalisation de cette inspection peuvent être interprétés comme des stratégies de production d'une autonomie des inspections vis-à-vis d'un commanditaire méticuleux

[3] Le problème de l'identité du tiers demandant l'hospitalisation est souvent mis en lumière dans les difficultés de mise en œuvre du dispositif. Il a notamment été pointé par un arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003. Cet arrêt remet en cause la pratique consistant à faire appel à des personnels tels que les directeurs d'hôpitaux ou d'autres personnels hospitaliers, en qualité de tiers, sans que ceux-ci aient eu des « relations antérieures » avec le malade.

d'une augmentation du nombre des personnes prises en charge sans leur consentement, et met en lumière également l'arrêt du Conseil d'État de 2003 portant sur l'identité du tiers demandant l'hospitalisation. Le fait-divers connu sous le nom de « drame de Pau»[1], survenu en décembre 2004 (*a posteriori* de la lettre de mission) est cité dans le rapport pour introduire la nécessité de réformer l'organisation des soins en psychiatrie. Le rapport conjoint de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et de l'IGSJ (Inspection générale des services judiciaires) est rendu en mai 2005 portant précisément sur des *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990* – et ne fait qu'une seule référence au précédent rapport d'Inspection de l'IGA/IGPN/IGGN. La première proposition vise à renforcer le rôle de contrôle du juge *a posteriori* (par opposition à un rôle d'instigateur de la mesure *a priori*). Les auteurs du rapport citent l'article 5-4 de la Convention des droits disposant « *que toute personne privée de sa liberté a le droit d'introduire un recours devant le tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de la détention* » (voir encadré sur la rationalisation de l'*habeas corpus* plus haut), en insistant sur le « délai ». Le rapport propose donc qu'un juge des libertés et de la détention (JLD)[2] puisse être saisi et qu'il statue dans un délai de dix jours. Proposition n'est pas faite que ce contrôle soit automatisé ou rendu obligatoire pour toutes les mesures d'hospitalisation. Le rapport préconise également de renforcer les compétences et les moyens dévolus aux CDHP. Le rapport n'oublie pas enfin de préciser qu'il s'agira de « *mieux prendre en compte les impératifs de sécurité* ».

Le troisième rapport : IGAS, IGA et IGSJ

En 2005, quelques semaines avant le dépôt officiel du précédent rapport, un troisième rapport d'Inspection est commandé par une lettre de mission, cosignée par le ministère de la Santé, le ministère de la Justice et le ministère de l'Intérieur (Dominique de Villepin). Il est rédigé conjointement par l'IGAS (Affaires sociales), l'IGA (Administration) et l'IGSJ (Services judiciaires). Le rapport *relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité*[3] déposé en 2006 préconise une réforme de la loi du 27 juin 1990 allant dans le sens des propositions du rapport précédent. Il permet avant tout de mettre en scène la coopération entre ces trois institutions : justice, santé et sécurité publique.

[1] Un jeune homme suivi en psychiatrie, vivant à son domicile au moment des faits, s'est introduit dans le centre psychiatrique où il est soigné et tue à l'arme blanche deux soignantes de l'équipe de nuit.

[2] Le JLD est créé par la loi du 15 juin 2000, et son rôle s'étend. Il est, par nature et par fonction, celui qui assure en permanence la fonction de gardien de la liberté individuelle que l'article 66 de la Constitution confie à l'autorité judiciaire.

[3] Pour une analyse du rapport voir (Alezrah, 2007).

Cette série de rapports d'Inspection propose un ensemble relativement cohérent de réformes des soins sans consentement. Ils ne se positionnent pas en faveur d'un contrôle systématique du juge, mais entendent rationaliser toutefois le recours judiciaire par une saisine du JLD. La mise en œuvre d'un dispositif de soins contraints à l'extérieur de l'établissement hospitalier est également envisagée. Les rapports font donc œuvre d'euphémisation du projet politique porté par le cabinet de Nicolas Sarkozy, mais participent au développement d'un discours sur la psychiatrie sous l'angle de la sécurité, et contribuent ainsi à démédicaliser le problème. On observe ce changement de pied à la fois dans le choix Inspections désignées pour rédiger les rapports et dans les thèmes empruntés au domaine de la sécurité et de la protection l'ordre public.

Notons également que dans cette période, des voix discordantes s'élèvent sur la question de la dangerosité des personnes malades. La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoyait de lutter contre *la violence, les comportements à risque et les conduites addictives* à travers la décision d'un plan national stratégique. L'une des cinq commissions chargées des travaux préparatoires à l'élaboration du Plan, la commission « Violence et santé mentale » est confiée à Ann Lovell (sur ce sujet voir Velpry, 2009). Le rapport de la commission déposé en mars 2005[1] met en lumière, à travers l'analyse de résultats d'enquêtes quantitatives, que les personnes atteintes de maladie mentale sont bien plus souvent victimes qu'autrices de violences.

b) La course des cavaliers législatifs

Dans le sillage des rapports, et au cours de son dernier mandat ministériel (à l'Intérieur, entre 2005 et 2007), Nicolas Sarkozy tente alors, à deux reprises, de procéder à une réforme des conditions de prise en charge des personnes suivies en psychiatrie. Les rapports d'Inspection, qui dans l'ensemble servent son propos, constituent un levier technique et politique. Le « drame de Pau » est un autre évènement pouvant permettre d'ouvrir une fenêtre d'opportunité sous l'angle des *problèmes.* Son premier essai vise à inscrire une réforme de la psychiatrie dans un texte portant sur la prévention de la délinquance. Essuyant un premier échec parlementaire, le

[1] Le rapport est accessible au lien suivant : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000729.pdf

ministre de l'Intérieur tente à nouveau de réformer en utilisant cette fois le mécanisme des ordonnances, sans plus de succès.

Le 28 juin 2006, Nicolas Sarkozy présente au Sénat un projet de loi portant sur la « Délinquance et la criminalité » (qui donnera lieu à la loi du 5 mars 2007 *réformant la protection de l'enfance*). Dans l'exposé des motifs, on peut lire la mention suivante :

> « Comme la prévention de la délinquance passe par la protection des plus vulnérables, il faut que l'accompagnement des personnes atteintes de souffrances psychiatriques et présentant des risques pour leur propre sécurité ou celle d'autrui soit renforcé par un meilleur contrôle des sorties d'essai des établissements psychiatriques (article 18) [...] et, encore, par la faculté pour le préfet d'ordonner à tout moment qu'il estime opportun une expertise psychiatrique (article 23). [...][1] Par ailleurs, le projet de loi (article 20) met fin à la superposition des régimes d'hospitalisation et prévoit en particulier que sont exclues de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, les personnes dont les troubles portent atteinte à la sûreté des personnes, ou de façon grave à l'ordre public. »

Les premières discussions au Sénat font état d'une réforme attendue et pragmatique en ce qui concerne les dispositions relatives aux soins sans consentement. L'avis de la Commission des affaires sociales rédigé par Nicolas About, un sénateur centriste acquis à la majorité et médecin de formation, fait état d'un « *dispositif mieux défini* » et d'une « *procédure contrôlée* » (il faut comprendre que le psychiatre dispose de moyens de contrôle du patient renforcés)[2]. Les propositions qui sont ensuite faites par la commission sont minimes et relèvent d'éléments techniques. Si quelques sénateurs de gauche proposent par amendement de supprimer les articles visant la psychiatrie, ceux-ci ne sont que modifiés à la marge dans le texte adopté en septembre 2006 par le Sénat. Dès le pré-projet de loi, le Syndicat de la magistrature[3] est farouchement opposé à cette loi qu'il estime liberticide, sans thématiser leur désaccord sur la psychiatrie directement[4].

La première lecture à l'Assemblée nationale aboutit à une situation similaire : le texte est adopté malgré des discussions souvent animées. L'avis de la commission des affaires sociales rédigé par Jean-Michel Dubernard, médecin lui aussi et député de la majorité UMP, reconnaît « *l'émotion suscitée chez les professionnels de la santé mentale, les patients et leurs familles*

[1] Cette coupe correspond à la proposition de création d'un Fichier national des Hospitalisations d'office, qui sera surnommé par ses détracteurs le « casier psychiatrique ».

[2] Avis disponible sur le site du Sénat au lien suivant : http://www.senat.fr/rap/a05-477/a05-4771.pdf

[3] Le Syndicat de la magistrature est créé en 1968 par des inspirations marxistes.

[4] Un communiqué de presse publié le 18 septembre 2006 est accessible ici : http://www.syndicat-magistrature.org/Projet-de-loi-sur-la-prevention-de.html

par l'insertion dans un texte de sécurité publique d'articles relatifs à l'hospitalisation sous contrainte »[1]. Cependant, il évoque l'importance de réformer. De façon à pousser au vote de cette loi, il mentionne enfin que le pouvoir exécutif, acquis à l'idée de parvenir rapidement à une réforme, engagera sinon la réforme par ordonnance. Le député fait référence à une loi déposée initialement par Xavier Bertrand, ministre de la Santé, le 14 novembre 2005. Celle-ci entend ratifier une ordonnance d'août 2005 relative aux conditions d'exercice de la médecine. Cette loi, qui n'a en apparence pas grand-chose à voir avec la réforme dont on parle, est amendée par le gouvernement le 21 novembre 2006. L'amendement du gouvernement vise à transposer simplement les articles 18 à 24 relatifs à la psychiatrie contenue dans la loi « délinquance et criminalité » à la loi de ratification des ordonnances. Ce texte de ratification des ordonnances est finalement voté en deuxième lecture par l'Assemblée nationale le 11 janvier 2007 malgré de fortes résistances parmi les parlementaires de gauche.

Un nouveau coup de théâtre se produit alors, lorsque, conformément à la procédure, plus de soixante députés de l'opposition saisissent le Conseil constitutionnel le 12 janvier 2007. Celui-ci, « *considérant qu'il s'ensuit que l'article* [visant à inscrire les dispositions relatives à la psychiatrie] *de la loi déférée est dépourvu de tout lien avec les dispositions qui figuraient dans le projet dont celle-ci est issue* » produit une décision de non-conformité. On parle ainsi de « cavalier législatif » pour désigner un procédé visant à introduire des dispositions sans lien avec le sujet traité par le projet de loi initial. Il note également que ces mesures étaient déjà inscrites dans un autre texte de loi, en cours de délibération, celui *relatif à la prévention de la délinqu*ance, lorsqu'il rend sa décision le 25 janvier 2007[2].

Le projet de loi *relatif à la prévention de la délinquance* est alors en deuxième lecture à l'Assemblée nationale avec les dispositions relatives à la psychiatrie. Philippe Houillon, avocat et député UMP, en est le rapporteur.

> « Cette annulation [par le Conseil constitutionnel] implique donc la nécessité de voter dans le présent projet de loi les dispositions, indispensables, sur l'hospitalisation d'office dont le régime est inadapté : il en va de l'intérêt des malades puisque le projet de loi apporte de nombreuses garanties par rapport au régime actuel, comme de celui de l'ordre public. Rien ne justifie donc de retarder l'adoption d'une réforme attendue depuis longtemps déjà. Par ailleurs, il faut se féliciter que la perspective d'une habilitation par ordonnance ait conduit le Gouvernement à engager une concertation avec les professionnels du secteur et les

[1] Avis disponible au lien suivant : http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r3434.asp

[2] Comme nous l'avons évoqué plus tôt, les députés communistes menés par Georges Hage avaient tenté d'ouvrir un contre-feu en déposant le 30 janvier 2007 à nouveau leur proposition de loi visant à instaurer un contrôle judiciaire des hospitalisations, mais celui-ci ne prend pas.

> associations de patients et de familles de patients, qui donnera ainsi au législateur futur une base solide pour compléter la réforme des soins sous contrainte. » (extrait du rapport de Philippe Houillon, du 7 février 2007)

Le moment particulier dans lequel le texte est voté, à quelques mois de l'élection présidentielle, constitue enfin une fenêtre d'opportunité d'ordre politique (et particulièrement éphémère) pour Nicolas Sarkozy, comme le rappelle le rapporteur de la loi. À défaut d'une grande loi issue d'un débat parlementaire exemplaire, il est proposé de voter en urgence quelques mesures qui pourront ensuite s'inscrire dans une politique plus générale.

Le 13 février 2007, alors que le texte relatif à la délinquance est en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, et devant le tollé général que produit l'inscription des dispositions relatives à la psychiatrie dans celui-ci (une grève massive des médecins psychiatres a notamment lieu ce même jour), Nicolas Sarkozy intervient à l'Assemblée nationale pour retirer ces dispositions du projet de loi.

> « Avec Xavier Bertrand, nous avons souhaité être attentifs à ces craintes. Nous avons considéré que le consensus obtenu sur le projet de réforme de la loi de 1990 tient non seulement au contenu de la réforme, mais aussi à son caractère global. Mon souhait, aujourd'hui, est de pouvoir préserver ce consensus, pour mettre en œuvre, dès que ce sera possible, cette réforme d'ensemble des hospitalisations sous contrainte.
>
> J'ai donc décidé de vous proposer de retirer du projet de loi sur la prévention de la délinquance les dispositions relatives aux hospitalisations d'office. Et je m'engage aussi à ce que cette réforme d'ensemble soit proposée au Parlement dès l'ouverture de la prochaine session. »
>
> (extrait de l'intervention de Nicolas Sarkozy devant le parlement le 13 février 2007) [1]

Il termine en réaffirmant son souhait de voir cette réforme votée dans de brefs délais. Un mois plus tard, il démissionne de ses fonctions de ministre pour se concentrer sur la campagne présidentielle[2].

[1] Le texte intégral de son intervention est accessible au lien suivant : https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-de-Nicolas-Sarkozy-2005-2007/Interventions/13.02.2007-Presentation-du-projet-de-loi-de-prevention-de-la-delinquance.

[2] La loi réformant la protection de l'enfance est finalement votée le 5 mars 2007. Malgré les accrocs, elle est vue comme exemplaire du point de vue de la méthode de concertation (Chourfi, 2010).

Les médecins psychiatres semblent dans cette période regagner pour un temps leur capacité à endosser le rôle de *veto players* vis-à-vis de l'action publique grâce à la capacité de blocage qu'ils sont capables d'opposer au Parlement[1] et devant le pouvoir exécutif.

2) Le projet de loi comme vecteur de reconfiguration des acteurs ?

Le milieu des années 2000 a laissé des traces encore à vif dans les relations entre le pouvoir exécutif et les professionnels de la psychiatrie. Après le recadrage des problèmes psychiatriques comme troubles à l'ordre public, et des tentatives de passages en force de ses réformes, une importante défiance caractérise les relations entre Nicolas Sarkozy, et avec lui son équipe gouvernementale, et les professionnels de la psychiatrie d'un côté et du droit de l'autre (le Syndicat de la magistrature et la Ligue pour les droits de l'Homme notamment). Sous sa mandature présidentielle, deux lois vont encore creuser l'écart politique avec les professionnels médicaux : la loi réformant l'irresponsabilité pénale en février 2008 ainsi que la loi dite Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) votée en juillet 2009.

La loi portant initialement sur la rétention de sûreté devient en février 2008, lors de son vote, la loi *relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.* Elle marque aussi bien les professionnels de la psychiatrie que les professionnels judiciaires et met particulièrement à l'épreuve la distinction entre *soigner* et *punir* (voir Lancelevée, 2016). Cette loi prévoit qu'à la suite de l'exécution d'une peine, si un risque de récidive élevé est admis, « *parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité* » (Art. 706-53-13 du Code Pénal), les personnes peuvent faire l'objet d'une « rétention de sûreté ». Au-delà des débats aussi bien « de société » que juridiques[2] auxquels la loi a donné lieu, des affrontements entre psychiatrie et justice ont lieu pour déterminer la nature de la mesure de rétention prolongée (Senon et Jaafari, 2008) : faut-il ouvrir à une rétention « judiciarisée » (décidée par un juge et purgée dans un établissement pénitentiaire) ou

[1] Frédéric Pierru déconstruit cependant le *mythe* selon lequel les médecins bénéficieraient d'un pouvoir politique majoritaire, notamment au Parlement en y opposant l'autonomisation du champ politique et sa professionnalisation ainsi que la faible institutionnalisation de la représentation médicale (Pierru, 2007b, voir aussi 2015).

[2] Robert Badinter et Mireille Delmas-Marty, qui ont marqué le processus donnant lieu à la réforme pénale entrée en vigueur en 1994, ont notamment élevé leurs voix contre ce projet de loi. Mireille Delmas Marty signe quelques mois plus tard un essai (2010) dans lequel elle se questionne sur les raisons profondes à de telles dérives. Elle met notamment l'accent sur les attentats de 11 septembre 2001 qui auraient contribué à banaliser un courant sécuritaire dans les politiques publiques.

« sanitarisée » (décidée par un médecin et mise en place dans un établissement de soins) ? Les psychiatres surnomment cette disposition la « perpétuité sur ordonnance » (Paulet, 2012) pour indiquer notamment le paradoxe inhérent d'une mesure judiciaire décidée par un médecin. Les psychiatres voient dans cette loi une psychiatrisation des criminels en même temps qu'une potentielle judiciarisation à durée indéterminée des personnes soignées en psychiatrie (Leclerc, 2010).

La seconde loi que nous voulons traiter ici est la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009. D'autres dispositions transforment l'organisation hospitalière, et avec elle la gouvernance en mettant les directeurs au centre du dispositif, mais nous pointons uniquement celles qui sont spécifiques à la psychiatrie, visant justement à la déspécifier parmi les autres disciplines hospitalières. D'abord, la réforme met l'accent sur l'hôpital et moins sur les soins ambulatoires, ce qui va à l'encontre des demandes des professionnels depuis plusieurs décennies. Ensuite, les admissions en hospitalisation contrainte étant signées par les directeurs d'établissement, les psychiatres des hôpitaux (qui rédigent les certificats permettant l'admission) étaient nommés directement par le ministère de la Santé et non par les directeurs. La loi HPST supprime cette exception psychiatrique et confère au directeur d'établissement le soin de nommer les psychiatres. Les syndicats de psychiatrie, et en tête de file le Syndicat des psychiatres hospitaliers (SPH)[1], s'opposent fermement à cette loi sans parvenir à retirer cette disposition.

À la fin de l'année 2008, un nouveau fait-divers impliquant une personne soignée en psychiatrie secoue l'opinion médiatique. Un homme en fugue de l'hôpital a poignardé un jeune homme dans une rue de Grenoble en novembre 2008. Le 2 décembre 2008, Nicolas Sarkozy prononce à l'hôpital Érasme d'Antony un discours, qui selon les commentateurs vise à « sécuriser » la psychiatrie[2]. Il insiste notamment sur les risques d'agressivité et de violence que fait courir l'exercice d'un travail psychiatrique : « *Votre métier, j'en suis bien conscient, comporte des risques. Votre travail vous apporte de grandes satisfactions quand un malade va mieux. Mais il y a aussi l'agressivité, la violence, les réadmissions fréquentes de tous ces patients dont vous vous demandez si leur place est bien ici* ». Et de mentionner le fait-divers

[1] Le SPH est le syndicat majoritaire des praticiens hospitaliers. Il est créé en 1945 dans la continuité d'une association datant de 1907, par une série d'illustres psychiatres réformateurs Lucien Bonnafé, Henri Ey et Georges Daumezon. Au début des années 1980, une série de scissions intervient (en 1981 le Syndicat des psychiatres d'exercice public, SPH ; en 1988, le Syndicat des psychiatres de Secteur, SPS). Le SPH défend toujours la préservation des spécificités de la psychiatrie.

[2] Voir par exemple l'article du Monde accessible au lien suivant : https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/02/sarkozy-promet-70-millions-d-euros-aux-hopitaux-psychiatriques_1126055_3224.html

survenu à Grenoble quelques semaines plus tôt. L'allocution se termine sur une série d'annonces reprenant pour partie les propositions déboutées quelques mois plus tôt à l'Assemblée (renforcement du pouvoir des préfets et extension de la contrainte à l'extérieur de l'hôpital). Le Président de la République insiste également sur sa volonté de renforcer la surveillance et le traçage des patients à travers des outils techniques sophistiqués (fichiers, bracelets électroniques, vidéosurveillance, unités fermées, chambres d'isolement) pour lesquels un budget préliminaire de 70 millions d'euros est débloqué dès le mois de janvier suivant. Fidèle à son allocution devant la précédente législature en février 2007, il propose une réforme « en profondeur » du régime des hospitalisations des personnes dangereuses pour autrui. Ce discours a eu des effets retentissants sur la profession, les associations de patients et plus largement. On voit notamment des professionnels se regrouper sous le nom de « Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ». Ce collectif de soignants est rejoint quelques mois plus tard par des associations de patients, notamment le Groupe Information Asiles (GIA).

Sous la mandature de Roselyne Bachelot-Narquin à la Santé, le préambule du projet de loi déposé en mai 2010 fait apparaître les objectifs du texte qui concernent exclusivement les soins sans consentement. Ils sont rendus opérants dans la loi à travers une série de mesures comme la création d'un mode légal d'admission sans tiers (appelée aujourd'hui Soins pour péril imminent, SPI), la modification du rôle du tiers dont la demande de levée de soins ne doit plus nécessairement être appliquée par le psychiatre, la mise en place de soins ambulatoires contraints (suivant une période d'hospitalisation de 72h) avec la possibilité de réintégrer de force le patient en cas de non-respect du programme de soins établi par le médecin. Pour contrebalancer le caractère sécuritaire, le projet de loi insiste sur les droits des patients, le respect de leur liberté et le recueil de leur avis sur les conditions de l'hospitalisation et le renforcement du rôle des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Le rôle de contrôle automatique semble être dévolu aux CDHP en prévoyant qu'elles examinent de manière « systématique » les « *situations les plus sensibles* » [1] - ces dernières étant définies comme les séjours de plus d'un an et les procédures d'admissions en l'absence de tiers, par ailleurs introduites par ce projet de réforme. Le projet vient organiser les rôles des

[1] L'étude d'impact suivant le projet de loi de mai 2010 (http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2494-ei.asp) rappelle pourtant les difficultés de fonctionnement des CDHP, déjà mises en exergue par le rapport de l'IGSJ/IGAS de 2005.

juges compétents en délimitant précisément l'office du JLD et du juge administratif dans ce contentieux[1].

Ces mesures de protection des droits sont tantôt critiquées par des associations d'usagers qui les jugent trop « frileuses ». Du côté des professionnels, ces nouvelles obligations ne sont pas critiquées et ne semblent imposer qu'un faible contrôle de leurs pratiques. Toutefois, les dissensions dans la profession médicale persistent sur les autres mesures proposées par la loi. Le Comité d'action syndicale de la Psychiatrie (CASP)[2] se réunit à cette occasion en 2010 et condamne dans un communiqué[3] « *l'inflexion des textes vers une conception clairement sécuritaire des soins psychiatriques* ». Dans ce texte, les syndicats regrettent également la méthode du gouvernement, qui n'a « *ni consulté ni associé* » les organisations professionnelles aux travaux préparatoires, et consistant en une annonce par voie de presse du projet de loi. Le CASP demande, dans son communiqué, « *la saisie du juge en cas de litige entre avis médical et décision de l'autorité administrative, systématique ou par un vrai renforcement des prérogatives d'une instance indépendante telle que la CDHP* ». Enfin, le comité insiste sur le caractère médical des décisions de restriction de liberté (« *toute mesure restrictive de libertés en psychiatrie devrait rester l'exception et ne peut se faire que pour des raisons strictement sanitaires* »).

Précisons enfin que parallèlement à ce projet de loi, le ministère de Roselyne Bachelot-Narquin commande à la HAS, au cours de l'année 2010, la production d'une recommandation de bonnes pratiques au sujet de « *la dimension psychiatrique de la dangerosité et de son*

[1] Sur cette question voir (Redor-Fichot, 2014). Avant la loi de 2011, la saisine du tribunal était plus complexe et imposait aux patients d'intenter deux actions en justice distinctes en cas de contestation de l'hospitalisation : l'une auprès du juge judiciaire pour observer la légalité interne de la mesure (son bien-fondé), l'autre devant le juge administratif pour observer la légalité externe de la procédure (respect des règles de compétence et de forme) (voir arrêt du Tribunal des conflits du 17 février 1997).

[2] Le CASP est fondé en 2000 pour rassembler les syndicats de psychiatrie et santé mentale, notamment à l'initiative du SPH. Il est le symbole de la capacité des groupes professionnels de la santé mentale à mettre de côté les dissensions pour faire preuve d'une parole forte face aux réformateurs. En 2010, huit organisations professionnelles constituent ce comité à géométrie variable (Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux ; Syndicat Universitaire de Psychiatrie ; Union Syndicale de la Psychiatrie ; Syndicat des Psychiatres Français ; Syndicat National des Psychiatres Privés ; Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés ; Association française pour la formation en psychiatrie ; Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire).

[3] Le communiqué est accessible à l'adresse suivante : http://ancien.serpsy.org/actualites_2010/Communiqu%20CASP%206.05.2010

évaluation »[1] accentuant encore l'amalgame entre maladie mentale et dangerosité souvent décrié par les professionnels.

Finalement, trois éléments retiennent notre attention dans la période entre 2003 et 2010. Le premier concerne les acteurs visibles de cette controverse, le deuxième son contenu et le troisième la stratégie politique adoptée. D'abord, nous observons que la configuration d'acteurs en présence met face à face le pouvoir exécutif et les médecins, qui font preuve d'une grande capacité d'influence. Apparaissant dans les années 1990 comme relativement atomisés (ils émergent individuellement dans la rédaction des rapports), ils se constituent progressivement en collectifs et conçoivent des actions organisées (grève de février 2007). Les patients et leurs associations n'apparaissent que peu dans les débats (nous allons voir dans la section suivante qu'ils investissent en réalité d'autres scènes que l'arène politique et législative). Les professionnels de la justice, et particulièrement le Syndicat de la magistrature, se font entendre à de rares occasions (notamment autour de la loi de février 2008 relative à la rétention de sûreté). Le milieu des années 2000 est également un contexte favorable de rapprochement entre les organisations médicales et judiciaires. Le Syndicat de la magistrature rejoint ainsi les organisations professionnelles de la santé mentale et les associations d'usagers en 2010 dans la lutte contre le projet de loi présenté par Roselyne Bachelot. Le milieu des années 2000 voit également se déployer l'enjeu des hospitalisations psychiatriques sans consentement comme un sujet médiatique (voir Velpry, 2008, p. 151-152).

Sur le contenu, la controverse touche à l'équilibre entre des dispositions d'ordre sécuritaire (l'admission sans tiers et les programmes de soins étant en ligne de mire pour certains psychiatres) et l'affirmation qui apparaît incantatoire de mieux protéger les droits et l'accès aux droits des personnes prises en charge. Sur la question de la judiciarisation qui nous intéresse particulièrement, certains aspects techniques sont réglés par une rationalisation des recours judiciaires et l'invocation des CDHP dont on anticipe que leur rôle va se renforcer. Mais le résultat le plus saillant est bien l'absence quasi totale de la question de la systématisation du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement sur les scènes politique, administrative et législative. Pourtant, ce dispositif autour duquel tourne, sans jamais ou

[1] La recommandation est finalement mise en ligne en décembre 2011. Les différents documents liés à cette recommandation sont accessibles au lien suivant : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur

presque l'aborder de front, la plupart des projets – inspections et rapports qui jalonnent les décennies 1990 et 2000 – est adopté dans la loi de 2011, votée un an après le dépôt du projet de loi initial. Pour comprendre son introduction et à quel point ce dispositif modifie l'exercice par les psychiatres des soins sans consentement, une nouvelle arène et de nouveaux acteurs doivent être pris en compte.

« *C'est paradoxalement un échec politique initial qui a produit une surpolitisation qui assurera finalement la réussite de ce projet longtemps improbable en en déplaçant l'enjeu* » (Lascoumes, 2009, p. 466). Cette analyse du vote de la loi instaurant le Pacte civil de solidarité (PACS) en 1999 apparaît compatible également avec la loi de judiciarisation des hospitalisations sans consentement. En effet, les échecs politiques en cascade de Nicolas Sarkozy concernant les mesures relatives aux soins sans consentement en psychiatrie (ces projets sont déboutés à plusieurs reprises à l'Assemblée) a permis d'assurer une surpolitisation de cet enjeu dans la sphère professionnelle et au-delà. Cette surpolitisation, entre autres choses, crée un contexte favorable à l'élargissement de la controverse et à l'entrée des usagers sur la scène des négociations. Ceux-là mobilisent cependant davantage la scène judiciaire pour faire valoir leurs droits.

C. L'arène judiciaire comme enjeu et espace de la lutte : l'action organisée des associations d'usagers

Une catégorie d'acteurs intéresse tout particulièrement les chercheurs en science politique dans l'étude des processus de mise à l'agenda politique d'une question ou d'un problème : les groupes d'intérêt (voir Offerlé, 1998, 2020). Notion heuristique qui permet de montrer par quels moyens des experts (Gaudillière, 2006 ; Saurugger, 2002), ou plus largement des mouvements sociaux (Dodier, 2003 ; Mathieu, 2004 ; Neveu, 2015) intéressent le pouvoir politique à une cause, le groupe d'intérêt apparaît comme un enjeu central de l'analyse des politiques publiques. Les associations militantes, dans notre cas d'usagers de la psychiatrie, sont une forme particulière et non exclusive des groupes d'intérêt qui sont constitués également par des professions ou des coalitions d'entreprises privées. Leur dispersion de nature se joue également dans leur répertoire d'actions qui se distribuent entre médiatisation du problème ou « scandalisation » (Offerlé, 1998), expertise et compétences strictement relationnelles ou institutionnelles pour intéresser les sphères politiques et économiques sous des « *formes d'échange coopératif plus ou moins égalitaires* » (Grossman et Saurugger, 2012, chap. 3). Les

groupes d'intérêt se distinguent en ce sens des mouvements sociaux qui recourent au droit comme outil principal de la lutte (les deux registres d'action pouvant également se compléter).

La mobilisation obstinée du droit constitue le levier principal exercé par la coalition au cœur de cette section, les groupes d'usagers, alors que les efforts proprement politiques et institutionnels portés par les usagers n'ont jamais eu les effets escomptés. La mobilisation du dispositif judiciaire, même fruste, aboutit à la mise en place d'un contrôle judiciaire des mesures d'hospitalisation (Baudot et Revillard, 2015 ; voir les revues de littérature de Israël, 2009 ; Willemez, 2020).

Une mobilisation du droit d'ordre contestataire s'est en effet installée depuis les années 1980. Le Groupe Information Asiles (GIA), dans la lignée des mouvements militants qui émergent à la suite de Mai 68, se constitue comme un acteur majeur de luttes pour les droits des personnes psychiatrisées, bien qu'il soit un petit nombre de personnes, mobilisant le droit devant les cours de justice pour faire valoir leurs intérêts (1).

> « Quand il s'agit de faire valoir « des » droits, le droit est un outil susceptible de convaincre l'opinion, d'enrôler des institutions dans la défense d'une cause. À l'inverse face à la répression sous forme de poursuites, d'arrestations ou de procès, le droit permet la résistance par le recours à un avocat, la confrontation avec un magistrat, l'inscription dans une procédure judiciaire. Arme offensive, pour faire valoir des droits, ou défensive, imposée par une poursuite ou une accusation, le droit est un des outils auxquels se confrontent souvent, par choix ou par obligation, ceux qui entendent contester une situation, un État, des adversaires. » (Israël, 2009, p. 9)

Utilisant le caractère « réversible » du droit (Israël, 2009, p. 17)[1] pour défendre les intérêts des personnes hospitalisées, le GIA se saisit de la révision constitutionnelle de 2008 instaurant la procédure de question prioritaire de constitutionnalité (QPC) pour contraindre le gouvernement à instituer un contrôle judiciaire des mesures de contrainte (2).

1) Le Groupe Information Asiles, d'un usage défensif à un usage offensif du droit

Le Groupe information asiles (GIA) est fondé informellement en 1972 (constitué en association loi 1901 en 1975), dans la dynamique des autres groupes d'informations sous

[1] Les travaux de Stuart Scheingold (2010), introduits par Liora Israël dans l'espace académique francophone, montrent également cette double capacité du droit d'être à la fois saisi par les personnes les mieux dotées en pouvoir afin de donner une légitimité et des effets concrets à leur position sociale dominante mais également par les minorités dans le cadre de la lutte pour l'obtention des droits.

l'impulsion de Michel Foucault. Le GIA est la résultante d'une idéologie de gauche protestataire et se constitue dès ses débuts autour de la question de l'internement psychiatrique arbitraire. Il est créé initialement par des étudiants-psychiatres souhaitant affirmer leurs désaccords avec certaines pratiques en vigueur en santé mentale. Il est ensuite rejoint au cours des années 1970 par des patients alors appelés « psychiatrisés en lutte ». Partant il devient la première association d'usagers dans le secteur de la santé mentale.

Parmi les étudiants actifs, on compte Philippe Bernardet, futur sociologue au CNRS. En 1982, aidée par l'avocate Corinne Vaillant, il anime bénévolement la Commission juridique du groupe, qui entend traiter des procédures individuelles d'internements abusifs afin de parvenir à une judiciarisation de l'internement psychiatrique par voie jurisprudentielle. La décennie 1980 voit se déployer les actions judiciaires qui forment l'essentiel de l'activité de l'association. Elles visent un double objectif d'accès aux droits pour des patients individuels et de contrainte du Législateur à modifier le texte de loi, par voie jurisprudentielle – la voie politique semblant bloquée après l'échec de l'inscription de la judiciarisation des hospitalisations dans la loi du 27 juin 1990[1]. En cela, la Commission juridique du GIA apparaît emblématique des nouveaux usages du droit développés en France après Mai 68 (Israël, 2009, p. 71-75, 2015) et du *cause lawyering* (voir Israël 2001; sur les consultations juridiques du Groupe d'information et de soutien aux travailleurs immigrés voir 2003; et 2009, 84-90). À partir de 1988, les recours sont également menés devant la CEDH comme mode de contestation de l'état du droit et une critique acerbe de l'État de droit. L'expertise ainsi acquise au sein de la Commission devant les cours de justice permet au GIA de se constituer comme utilisateur fréquent du droit ou *repeat player* et ainsi, dans une certaine mesure, de tourner le droit à leur avantage (Israël, 2009, p. 25, voir dossier de la revue Droit et Société consacré à Marc Galanter 2013).

En 1992, lorsque Philippe Bernardet démissionne de ses fonctions au GIA, l'association se déploie au niveau régional pour poursuivre les actions individuelles alors que des conflits agitent les cadres de l'association. D'autres modes d'action moins légitimes sont également mis en œuvre à cette époque par les adhérents, notamment des évasions de patients hospitalisés, visant à médiatiser la cause. En 1996, André Bitton, qui se présente comme un « ex-psychiatrisé » est élu à la présidence de l'association et participe largement à une mise en

[1] Par la suite, le GIA s'est opposé quasi systématiquement aux rapports commandés par le ministère chargé de la Santé. Notons toutefois que le GIA a fait alliance avec des députés communistes dans les années 1990 qui proposent à plusieurs reprises des lois de judiciarisation, mais qui se voient rejetées systématiquement par l'Assemblée.

lumière médiatique du GIA, alors que le travail judiciaire se poursuit. En 2000, une première scission du groupe informations asiles s'opère donnant lieu à la création de l'Association française contre l'abus psychiatrique (AFCAP), qui cesse de fonctionner en 2006.

À la fin de l'année 2010 une seconde scission est opérée. André Bitton fonde le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA). Le CRPA poursuit les actions du GIA centrées sur le droit et l'accès aux droits. Dans un édito sur la problématique de l'internement abusif en ligne sur le site du CRPA, André Bitton écrit :

> « Pour le C.R.P.A. dont le propos théorique, de principe, est général, la question de l'internement abusif n'est pas une fin en soi, mais un moyen, d'accès au droit, aux dossiers, un biais permettant d'attaquer les institutions psychiatriques en prouvant que celles-ci ne fonctionnent qu'en générant des pratiques illégales et arbitraires en trop grand nombre. Plus généralement, dans le maniement des dossiers d'internements illégaux, arbitraires et abusifs, le C.R.P.A. entend prouver que les institutions psychiatriques ne peuvent pas fonctionner sans abus de pouvoir. En effet, en France aujourd'hui, le formalisme légal en tant que protecteur des libertés et des droits des gens, reste incompatible, dans la psychiatrie contemporaine, avec les « soins », du moins tels que les conçoivent la majorité des soignants actuellement en place »[1,2].

Rejoints au cours de leur action par une poignée de professionnels du droit, la proposition politique du GIA n'est pas un mouvement porté, à l'origine, par des *activist lawyers* qui contribuent à mettre en avant un traitement social comme injuste (McCann, 1994). Le GIA ainsi que le CRPA sont en réalité des micro-unités militantes qui parviennent à obtenir des résultats malgré leur très faible nombre et leur moindre dotation en ressources politiques. La méthode du GIA mêle rigoureusement la réflexion théorique, la pratique du droit et un engagement

[1] https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2011-12-07-cm-art-Problematique-de-l-internement-abusif-pour-le-CRPA

[2] Le CRPA est une association de défense des droits des usagers des services de santé mentale parmi les plus actives. Elle conserve un réseau d'avocats qui s'engagent dans la représentation des usagers en litige avec l'institution psychiatrique. Elle est également reconnue par les acteurs du droit comme dépositaire d'une grande expertise sur le sujet du contentieux lié à l'hospitalisation sans consentement ainsi que de l'isolement et de la contention – son site internet (https://psychiatrie.crpa.asso.fr/) est réputé pour être mine d'informations réglementaires et jurisprudentielles pour les professionnels du droit. Depuis la judiciarisation des hospitalisations, obtenue en 2011, l'association ne baisse pas la garde et poursuit des actions judiciaires visant à faire reculer l'arbitraire des décisions médicales et à reconnaître les droits du patient en psychiatrie. Parmi les personnalités qui entourent l'association, on retrouve Me Corinne Vaillant (avocate au barreau de Paris, membre active du GIA depuis 1984)[2] et Me Raphaël Mayet (avocat au barreau de Versailles). Le barreau de Versailles, autour de la figure de Raphaël Mayet est particulièrement actif en la matière. Nous y revenons dans le chapitre suivant dédié à la mise en œuvre de la judiciarisation.

militant indéniable[1] pour s'opposer au pouvoir légitime (Israël, 2009, p. 29-31) des psychiatres qui leur a été conféré par l'État depuis le XIX^{e} siècle.

La stratégie de recours judiciaire quasi systématique en cas d'internement psychiatrique toujours considéré comme abusif aboutit finalement à la fin de l'année 2010 grâce à deux décisions majeures qui poussent le Législateur à modifier la loi en 2011.

2) Les actions victorieuses des usagers : questionner l'objectivité du droit

La période allant de la fin de l'année 2010 au mois de mai 2011 se déroule comme une séquence de forte accélération des évènements sur le plan juridique. Une série de décisions émanant d'instances de régulation normative supérieures contraint finalement le gouvernement, par le biais du Législateur, à amender le projet de loi initial en y greffant un dispositif de judiciarisation des mesures d'hospitalisation. La troisième coalition d'acteurs est renforcée dans ses positions par un contexte favorable puisque la montée en charge de la parole des usagers du système de santé fait émerger les droits des patients hospitalisés comme une valeur prédominante dans les choix de politiques publiques.

La révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 10 décembre 2009 instaurent les questions prioritaires de constitutionalité (QPC) à compter de l'année 2010. Cette réforme permet de contrôler la constitutionnalité d'une loi *a posteriori*, c'est-à-dire après sa promulgation. En outre, la saisine est à l'initiative des justiciables et non plus des parlementaires. Concrètement, cela permet à un simple citoyen, à l'occasion d'un litige, de soulever le fait qu'une mesure législative (qui lui est appliquée) porte atteinte aux droits et libertés constitutionnellement garantis. Le Conseil d'État et la Cour de cassation sont chargés d'opérer le filtrage des QPC qui lui sont transmises par les juridictions ou soulevées directement devant eux ; ils renvoient ensuite les questions au Conseil constitutionnel qui est tenu de rendre des décisions. Le Conseil constitutionnel peut ainsi retoquer les décisions du Législateur et/ou forcer la main au Parlement.

Alors que le projet de loi déposé en mai 2010 est toujours en première lecture à l'Assemblée nationale, Mlle Danielle S. dépose une Question prioritaire de constitutionalité au sujet de laquelle le Conseil d'État a saisi le Conseil constitutionnel le 24 septembre 2010. Cette

[1] Sur le renouvellement des approches critiques du droit après 1968 voir (Israël, 2015)

QPC est relative au respect des droits et des libertés des malades pris en charge en hospitalisation sans leur consentement à la demande d'un tiers, selon les modalités en vigueur, instaurées par la loi de 1990.

> « la requérante soutient que l'atteinte à la liberté individuelle qui résulte de l'hospitalisation sans consentement requiert que seule une juridiction de l'ordre judiciaire soit compétente pour en décider ; que, dès lors, la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers méconnaîtrait l'article 66 de la Constitution »

Me Corinne Vaillant plaide et rédige les observations pour le compte du GIA, alors présidé par André Bitton pour encore quelques semaines, et est entendue dans le cadre du « soutien à Mademoiselle S. »[1]. Elle regrette notamment qu'il n'existe pas d'effet suspensif dès lors que le juge est saisi et fait également valoir au cours de la discussion que le traitement médicamenteux administré à l'entrée de l'hospitalisation empêche trop souvent les malades de se saisir de cette voie de recours. L'insuffisance des contrôles *a posteriori* des mesures de placement est également pointée dans les observations ainsi que le défaut d'informations et de notification des droits et des voies de recours au patient. Elle insiste enfin sur la complexité (de lisibilité notamment) des procédures de recours induite par la dualité des offices du juge administratif d'une part et du juge des libertés et de la détention (juge judiciaire) d'autre part.

Le Conseil constitutionnel rend le 26 novembre 2010 une décision favorable à la QPC déposée par Mlle Danielle S. précisant que vu notamment l'article 66 de la Constitution, selon lequel « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* », le maintien d'une mesure d'hospitalisation forcée ne peut avoir lieu sans l'intervention d'un juge judiciaire. Le Conseil constitutionnel invite également le Législateur à unifier le contentieux au sein d'un seul et même ordre juridictionnel.

Une semaine plus tôt, le 18 novembre 2010, était rendu un arrêt de la CEDH sur un dossier similaire. Claude Baudoin avait saisi la CEDH le 13 août 2003, avec l'appui de Philippe Bernardet. La difficulté dans cette affaire tient au fait que malgré des décisions du juge administratif allant dans son intérêt (annulation des actes administratifs successifs), la personne hospitalisée n'a pas obtenu de levée de la mesure par l'ordre judiciaire. Ainsi le requérant fait

[1] La requérante a été membre du GIA en 2005-2006. L'AFCAP, issue de la première scission du GIA, constitue le conseil associatif principal de Mademoiselle S. Cependant, André Bitton et Corinne Vaillant s'accordent pour se constituer comme intervenants volontaires.

notamment valoir que la distinction des compétences entre le juge administratif et le juge judiciaire complique singulièrement l'effectivité des voies de recours garanties aux personnes hospitalisées sans leur consentement.

En tant que langage privilégié de l'État, le droit et ses institutions participent très largement à la définition des règles d'attribution des pouvoirs. En ce sens, le droit est communément considéré comme un outil de légitimation des intérêts des dominants (Bourdieu, 1986a). Toutefois, l'analyse du travail, ici non politique, mais proprement judiciaire, des associations et de leurs adhérents formés au droit, permet de montrer que le droit peut être saisi avec profit par des minorités du point de vue de la répartition des pouvoirs pour faire valoir les « litiges » dont ils sont victimes (Felstiner, Abel et Sarat, 1991 ; Israël, 2009). Pour y parvenir, il ne suffit pas de mobiliser des principes moraux ou des valeurs éthiques (sur *ce qui devrait être* en matière d'internement en psychiatrie par exemple), mais bien de s'approprier les logiques et les mécanismes du droit auxquels peuvent s'adosser ces mêmes principes. Cette histoire semble confirmer par ailleurs l'idée selon laquelle les administrations centrales et les cabinets ministériels sont hostiles à une « politique des droits » (Baudot et Revillard, 2015, p. 28). Les usagers font preuve d'obstination et résistent aux résistances qui leur sont opposées.

Du point de vue du mécanisme, nous nous interrogeons à l'instar de Bruno Latour : « *Comment une loi inappliquée invoquée par un requérant minuscule peut-elle faire trembler l'État ?* » (2004, p. 164). Il démontre dans son ethnographie du Conseil d'État comment se construit l'*objectivité du droit* à travers les interactions entre conseillers et la stabilisation des dix *objets de valeurs* qu'il a identifiés. Nous souhaitons apporter une réponse bien plus mesurée et en bien des points moins précise (sur le processus de sélection opéré par les conseillers). Cette *objectivité du droit*, comme toute forme d'objectivité scientifique d'ailleurs (voir Daston et Galison, 2012) n'a de sens que dans un contexte donné. Nous l'avons vu, la possibilité d'introduire un contrôle judiciaire a déjà été discutée et même proposée au Parlement, sans succès. La référence à ce même article 66 de la Constitution a même déjà été faite (cf. la commission des Lois du Sénat en 1990). Comment expliquer alors, que ce qui apparaît comme *vrai* du point de vue constitutionnel dans les années 1980 et 1990, est déclaré *faux* ou contraire à la Constitution en 2010 ?

Il nous semble que l'attention est à porter précisément sur le terme « arbitrairement » de l'article de la Constitution. Conformément aux recommandations internationales (voir encadré sur l'*habeas corpus*), les internements psychiatriques en France ne sont, pendant longtemps, pas considérés comme des décisions *arbitraires* du point de vue du droit. En effet, la

constitution précoce de la décision d'enfermement comme relevant d'une autorité médicale et administrative permet de maintenir cette disposition dans les limites de l'acceptable du point de vue de la loi. Plus tard, la montée en charge de la parole des usagers dans le système de santé et donc l'acceptation sociale d'une défiance légitime envers les dérives possibles du pouvoir médical, les limites de l'acceptable s'en trouvent déplacées. On voit ici que le mécanisme de rationalisation interne du droit demeure une explication opérante uniquement si l'on fait l'effort de le replacer dans les conditions sociales et politiques de son déploiement.

Nous soutenons que le pouvoir du Conseil constitutionnel sur le Parlement lui offre un poids politique incontestable (au sens où il est impossible de contester ses décisions) : « *Saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel peut par ses décisions (dé)légitimer un projet de réforme* » (Vigour, 2018, p. 49). Le Conseil constitutionnel apparaît dès lors comme une institution particulière. À la fois indépendant du pouvoir politique (Schnapper, 2011), le Conseil constitutionnel détient une identité idéologique forte (Espinosa, 2015) de protection des libertés.

Nous attirons enfin l'attention du lecteur sur un point. Il ne s'agit pas par-là de rapetisser l'importance décisive de l'action d'un petit groupe d'usagers dans l'obtention du contrôle judiciaire. Là encore, il est question de la replacer dans un contexte plus général. En 2010, les conditions technico-procédurales (la QPC) et socio-politiques (place des usagers dans le système de santé) sont remplies pour que les usagers de la psychiatrie obtiennent une réponse favorable. Comme le résume la Contrôleure générale des lieux de privation de libertés : « *Il s'agit donc de l'initiative d'un individu, certes soutenue par l'association Groupe information asile, et intervenant sur fond de recommandations européennes et dans un contexte d'évolution de la jurisprudence dans ce sens* » (CGLPL, 2016, p. 62).

D. Synchronisation des coalitions entre compromis et compromission

Le dépôt de la QPC de Melle Danièle S. a stoppé net les travaux parlementaires sur le projet de loi *relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* déposé le 5 mai 2010 à l'Assemblée nationale. Le cadrage juridico-judiciaire de la question des internements en psychiatrie conduit à invoquer la sauvegarde des libertés individuelles, et en premier lieu celle d'aller et venir, garantie par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen (DDHC).

Ce déplacement de la question de l'hospitalisation forcée dans le langage du droit participe, en même temps qu'il en est le résultat, à éloigner les médecins de ces débats. Contrairement au processus de médicalisation observé au début du XIX^{e} siècle, le travail politique opéré par les coalitions conduit à démédicaliser en partie la question de l'enfermement psychiatrique. En partie seulement, puisque la décision d'internement est toujours prise par des psychiatres[1] bien qu'elle soit entérinée par l'administration (hospitalière ou préfectorale).

Les deux décisions favorables aux demandes des usagers de la fin de l'année 2010 donnent lieu à une lettre rectificative envoyée par le Premier ministre François Fillon aux députés, le 26 janvier 2011, les informant des modifications à apporter au texte et afin de réenclencher les travaux parlementaires. L'effet différé de la décision de non-conformité de la loi de 1990 prononcée par le Conseil constitutionnel oblige le Parlement à voter une loi avant le 1er août 2011. La lettre met en lumière deux points principaux sur lesquels il appartient au Parlement de renforcer les garanties des droits des personnes hospitalisées : la systématisation d'un contrôle des mesures au sein d'un seul et même ordre juridictionnel dans le cadre des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et des hospitalisations d'office (HO) d'une part et d'autre part le nombre de certificats nécessaires à la mise en place et au maintien de ces mesures.

1) Une loi de compromis sans compromis parlementaire

La loi votée le 5 juillet 2011 est qualifiée par tous les acteurs comme un « compromis » voire un « patchwork » :

> « Dans les faits, la loi sera donc un patchwork entre deux logiques distinctes, voire antagonistes : d'une part, le pan sécuritaire avec le renforcement de la contrainte et du contrôle social des patients pressentis comme une menace pour la société ; d'autre part, celui de la protection de la liberté des personnes internées contre leur gré, supposé garanti par l'intervention du JLD… »
>
> (Bellahsen, Brunesseaux et Klopp, 2012)

> « Il y avait la volonté de réduire les sorties des patients, notamment en UMD [Unités pour Malades Difficiles]. Ensuite est venu se greffer à ça un arrêt de la CEDH qui

[1] En Suisse par exemple, l'introduction du dispositif de « privation de liberté à des fins d'assistance » en 1978 place l'autorité décisionnaire dans les mains du juge de paix. Il est dès lors « *frappé d'illégitimité par des psychiatres, offusqués par ailleurs de voir leur autorité symbolique pareillement désavouée* » (Ferreira, Moreau et Maugué, 2019).

> ordonne le contrôle systématique. Ensuite l'élargissement, enfin l'encadrement du panel large des soins en dehors de l'hospitalisation. »
>
> Conseiller juridique à l'ARS IDF, janvier 2015

> « Et puis il s'est greffé un niveau idéologique sur la loi de 2011 et qui l'a fait évoluer, avant c'était plutôt des questions de sécurité publique qui étaient pointées, mais maintenant c'est le droit des patients. Donc on pourra dire ce qu'on veut, mais cette loi c'est un peu un compromis entre les propositions très sécuritaires et puis tous les apports aux droits des patients par le Conseil constitutionnel. »
>
> Directrice adjointe du CHS Paris, janvier 2015

Cette impression est rendue par la présence de dispositions allant pour une part du côté d'un renforcement des capacités de contrainte détenues par l'institution psychiatrique, et pour une autre part au contraire dote les usagers d'un rempart judiciaire. Notons toutefois que les acteurs ne qualifient pas pour autant cette loi d'équilibrée[1]. Les acteurs insistent sur la compétition qui se joue entre sécurisation des prises en charge et garantie des droits, mais obturent complètement la nature médicale de l'instauration d'une mesure[2]. Nous allons voir que le contexte particulier de son vote explique en grande partie des avis ainsi formulés.

Pierre Lascoumes parle de « compromis parlementaire » (2009) pour décrire les résultats parfois paradoxaux de l'activité délibérative des parlementaires[3]. Il évoque deux types de compromis : celui portant sur le contenu de la politique finalement adoptée ; et l'autre portant sur le processus délibératif lui-même (Lascoumes, 2009, p. 477). Cette analyse apparaît convaincante pour une large gamme de politiques. Mais le contexte particulier du vote de la loi de 2011 et l'intervention du Conseil constitutionnel *via* les usagers amènent à la relativiser. Ici, ce ne sont pas les délibérations multiples ou l'accès direct au Parlement de nouveaux groupes d'intérêts qui modifient le contenu de la loi. Les décisions du Conseil constitutionnel entre la fin de l'année 2010 et le milieu de l'année 2011 conditionnent fortement le choix des parlementaires – sur la question du contrôle judiciaire au moins – de voter d'une « loi de compromission » - une loi à laquelle ils ne sont pas favorables, mais dont la nécessité est dictée par le calendrier exigé par le Conseil constitutionnel.

[1] Certaines analyses (Welniarz et Boillet, 2011) estiment également que cette loi ne satisferait personne au fond.

[2] Je remercie Alexander V. Barnard de m'avoir fait remarquer ce cadrage particulier de la part des commentateurs de la loi.

[3] Il s'agit de l'activité de *négociation* dans le modèle de Kingdon marqué par des compromis politiques et des efforts pour assouplir (*soften up*) certaines propositions.

Nous avons rencontré, à la fin de l'année 2015, Denys Robiliard[1], avocat de formation, député socialiste de 2012 à 2017 et membre de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Il a été chargé en 2012 de la rédaction d'un énième rapport sur l'organisation des soins en psychiatrie dont une première étape est déposée en 2013, dédiée exclusivement aux soins sans consentement. Lorsque nous évoquons avec lui le vote de la loi de 2011, il fait une lecture politique de la situation :

> « Je pense qu'une conception socialiste peut être plus soucieuse des libertés, et ceci dit, c'est la loi du 5 juillet 2011 qui a fait rentrer les juges dans les hôpitaux psychiatriques hein, ce n'est pas nous [les socialistes]. Elle les a fait rentrer parce que le Conseil constitutionnel l'avait exigé… et il l'avait exigé car la Cour européenne l'avait exigé… Après… Très clairement… Mais vous savez, la droite et la gauche, ce n'est pas toujours très simple de faire des clivages. Moi ce qu'on m'a dit, c'est un médecin qui me l'a dit, « vous au moins, vous prenez le parti du patient ». et je ne dis pas que… Mais je connais des tas de députés de droite, Mme Dini, une sénatrice UDI, elle a été rapporteuse, elle a commencé le rapport sur la loi qui est devenu la loi du 5 juillet 2011, elle a démissionné, ce qui ne s'est pratiquement jamais vu… de ses fonctions de rapporteuse, parce qu'elle n'était pas d'accord avec le durcissement de la loi […] Donc… mais attention, avec la politique qu'on a aujourd'hui avec la liberté, vous ne pouvez pas détacher le débat avec la liberté du patient… avec les concepts de dangerosité, etc… avec les débats aujourd'hui de tout ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, en état d'urgence [suite aux attentats de novembre 2015], etc. »
>
> Denys Robiliard, avocat et député PS, décembre 2015

Denys Robiliard nous livre une lecture politique des évènements du point de vue des partis. Il relativise d'ailleurs l'intérêt d'une analyse du clivage droite/gauche et préconise d'inscrire les prises de position dans un contexte institutionnel et politique global.

Le contrôle judiciaire des hospitalisations n'est pas directement en cause dans les conflits politiques puisque la décision du Conseil constitutionnel a en quelque sorte vidé la question de sa portée politique en lui conférant une valeur juridique et constitutionnelle[2]. De plus, si l'extension du pouvoir judiciaire sur les décisions d'hospitalisation n'a pas été au centre des

[1] Cet entretien a été mené avec Alexander V. Barnard.

[2] Il subsiste des discussions sur les conditions de mise en œuvre du contrôle, tenant principalement à sa faisabilité pratique. D'abord, l'unification du contentieux dans les mains du JLD n'est pas évidente pour quelques sénateurs de droite qui se font l'écho des arguments de la magistrature regrettant que cette réforme, qui aura pour effet d'augmenter la masse de travail des tribunaux ne s'adosse pas à des mesures d'augmentation des moyens de ceux-ci. Ensuite, d'autres éléments concernent par exemple la périodicité de son contrôle (les sénateurs rejettent d'abord le contrôle tous les six mois qui sera ensuite inscrit dans la loi) ou encore la possibilité de tenir les audiences en visio-conférence. Ces éléments sont repris dans le chapitre suivant dédié à l'analyse de la mise en œuvre de la judiciarisation.

débats politiques des dernières décennies, l'élargissement des modalités de contrainte aux soins ambulatoires mobilise davantage les professionnels.

Dans son projet de loi adopté en mars 2011, le gouvernement reprend la proposition de Nicolas Sarkozy, émise deux ans plus tôt, visant l'instauration d'une contrainte aux soins en ambulatoire. Cette modalité de soins est appelée par la suite le « programme de soins » (nous nous y référons de la sorte afin de simplifier tant que possible le propos), et le texte ne prévoit pas que la compétence du JLD s'étende au contrôle de celui-ci – il se limite aux hospitalisations complètes.

En mai 2011, lors de l'examen au Sénat du *texte relatif aux droits des personnes faisant l'objet de soins en psychiatrie*, la sénatrice centriste Muguette Dini est nommée rapportrice dudit texte. Les débats commencent le 3 mai 2011 avec l'examen de son rapport. Après quelques vifs échanges sur le sujet, l'examen des amendements laisse place à un désaccord important. Muguette Dini expose la trop grande précipitation que représenterait la possibilité légale de contraindre aux soins ambulatoires[1]. Elle insiste sur les incohérences que cette option thérapeutique suppose et avertit de la nécessité d'un débat avant de prendre une décision. Muguette Dini et son groupe dénoncent le procédé utilisé par le gouvernement pour faire voter cette loi dans l'urgence :

> « En outre, seule la partie judiciaire de ce texte doit entrer en œuvre le 1er août. Certaines dispositions nous semblent inintelligibles et il nous faudrait un peu plus de temps pour les améliorer. Je fais remarquer au Gouvernement que ce projet de loi a été déposé le 10 mai 2010 sur le bureau de l'Assemblée nationale : pourquoi avoir attendu autant de temps avant de le faire examiner par le Parlement ? Quand le Gouvernement veut faire passer un texte, il y parvient sans problème ! Vous estimez, Madame la ministre, que si mon premier amendement est adopté [supprimant la possibilité des programmes de soins], il ne restera rien du projet de loi. Ce n'est pas exact et vous le savez bien. » (Muguette Dini, extrait des débats en commission, séance du 3 mai 2011)

Muguette Dini explicite ici la stratégie du gouvernement visant à profiter de la décision du Conseil constitutionnel, contraignant le Législateur à intervenir, pour adjoindre au texte des dispositions controversées depuis longtemps. Par ses arguments, la sénatrice parvient à décrocher l'adhésion des groupes communiste, écologiste et socialiste ainsi que de deux sénateurs UMP et malgré l'avis défavorable du gouvernement, l'amendement est finalement adopté. Cependant, en fin de séance, la commission rejette le texte ainsi amendé ce qui conduit

[1] Le compte-rendu de la séance de la Commission du 3 mai 2011 est accessible au lien suivant : https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20110502/soc.html.

la version initiale du texte à être présentée au Parlement annulant ainsi le travail des membres de la commission. C'est la première fois que cet événement se produit et ce désaveu de la commission pousse Muguette Dini à démissionner de sa fonction de rapportrice.

À la suite de la démission de Muguette Dini, la commission désigne le 10 mai un nouveau rapporteur lors d'une séance et le sort de la loi est scellé dans ses grandes lignes. L'argument de l'urgence du vote l'emporte. La loi est adoptée au cours d'un scrutin qui apparaît finalement caractéristique, voire caricatural, de l'expression des dissensions partisanes.

Elle est votée dans un délai très resserré le 22 juin 2011 puis publiée au Journal Officiel (JO) le 5 juillet 2011. Elle instaure finalement la possibilité de recourir aux programmes de soins, ainsi qu'un nouveau mode légal de soins sans consentement, les soins pour péril imminent (SPI). Ce mode légal sera surnommé « admission sans tiers » puisqu'il n'implique ni une décision préfectorale, ni la mobilisation d'un proche (ce mode légal fait l'objet d'une section dans le dernier chapitre de cette partie). Le mode légal d'admission à la demande d'un tiers (SDT) est conservé ainsi que celui à la demande du représentant de l'État (SDRE, remplaçant les hospitalisations d'office). Le rôle du préfet est par ailleurs renforcé puisqu'il peut désormais s'opposer à la décision médicale (de levée de soins le plus souvent) en demandant un nouvel avis. Le contrôle judiciaire est évidemment inscrit dans la loi faisant intervenir le juge dans les 15 jours qui suivent l'admission (l'examen des conditions de mise en œuvre de ce contrôle judiciaire fait l'objet des deux chapitres suivants).

Les données dont on dispose permettent de préciser que la pression politique qui pèse sur le Parlement est également liée à l'influence des médecins psychiatres. La mesure visant à introduire des soins sans consentement en ambulatoire était fortement demandée par certains professionnels de la psychiatrie. Au contraire, une importante proportion des médecins est opposée à la mise en place du contrôle judiciaire. Une partie d'entre eux évoque des arguments de fond (menace sur la nature médicale de la décision et peur des levées de soins indues), mais beaucoup soulèvent également des problèmes pratiques de mise en œuvre (délai, nombre de certificats à rédiger, etc.). Le rôle joué par les médecins est d'ailleurs explicitement énoncé par la représentante du gouvernement lors de la séance de la commission des affaires sociales du 3 mai 2011 lorsqu'elle évoque le principe de balance entre contraintes et ressources dont elle entend faire bénéficier la loi dans son ensemble :

> « Il est temps de passer à l'action en travaillant sur le fond des choses. Nous ne pouvons pas proposer aux acteurs de la psychiatrie une réforme qui ne ferait qu'introduire le contrôle du juge et des dispositions particulières pour les malades

> sensibles et, pour le reste, les renvoyer à un futur débat que nous ne pouvons leur garantir. » (Nora Berra, extrait des débats en Commission, séance du 3 mai 2011)

Les magistrats dans l'ensemble ne sont pas réticents à la nouvelle charge du contrôle des hospitalisations sur le principe, mais invoquent en premier lieu l'impossibilité de mettre en œuvre cette réforme dans des conditions satisfaisantes à moyens constants. Ils réclament alors que cette mesure soit appliquée dans le cadre d'un ré-examen des moyens alloués à la justice et qu'une dotation spécifique y soit adjointe, sans succès. Le Syndicat de la magistrature affiche également son désaccord en signant un appel en mai 2011[1] dans lequel ils refusent « *unanimement ce projet de loi sécuritaire portant atteinte aux droits des citoyens et aux garants démocratiques d'un État de Droit* ». Il demande également un moratoire sur la question psychiatrique afin de permettre le temps de la concertation. Les avocats sont moins mobilisables en collectif, mais ils possèdent de puissants relais législatifs (Vigour, 2018, p. 95-98). Nous observons que, aux rares exceptions des avocats travaillant autour du CRPA, leur entrée dans la négociation concrète s'effectue plutôt après la mise en vigueur de la loi.

2) Une décision qui n'épuise pas les controverses

Le vote de la loi ne fait pas taire les controverses, du moins, pas sur tous les fronts. Les critiques que l'on peut lire dans les revues professionnelles dans les mois suivant le vote de la loi concernent le caractère sécuritaire des mesures prises (le contenu) ainsi que la méthode visant à voter dans l'urgence une loi sans laisser le temps au débat (le processus délibératif).

> « Une telle insécurité juridique, dans une matière aussi essentielle qui pose des problèmes de santé publique, de dignité des personnes, de sûreté et de libertés individuelles, n'est guère admissible. Il faudra sans doute remettre l'ouvrage sur le métier, en se donnant le temps de la concertation, de la réflexion et du débat pour permettre enfin (est-ce devenu une utopie ?) la rédaction d'une loi claire et précise. » (Leclerc, 2010)

> « Cette réforme n'est pas celle de la psychiatrie, c'est une nouvelle ligne ajoutée aux dispositifs de sûreté du pouvoir exécutif. Ne nous laissons pas abuser. » (Montet, 2010) (Syndicat des psychiatres des Hôpitaux)

[1] L'appel est signé par un grand nombre d'organisations politiques, syndicales, professionnelles, et d'usagers (dont le CRPA). L'appel est accessible au lien suivant : http://www.syndicat-magistrature.org/Pour-le-retrait-du-projet-de-loi.html.

Toutefois, lorsqu'une décision est prise, son potentiel clivant se trouve drastiquement réduit et celle-ci s'applique en général sans donner lieu à de fortes résistances (Bourdieu, 1986a). En effet, la loi de 2011, le contrôle judiciaire des hospitalisations et le reste, est appliquée depuis le 1er août 2011, soulevant des problèmes d'organisation et donnant lieu à des ajustements avec la règle de la part des professionnels, mais sans produire de blocages significatifs. Du point de vue de la coalition des professionnels, le vote de la loi semble avoir largement tari les sources de controverse.

Sur un autre front, la controverse sur la reconfiguration des mandats professionnels, judiciaire et médical, que le contrôle judiciaire suppose (ainsi que d'autres questions autour de l'organisation des soins en psychiatrie) est loin de s'être épuisée. Désormais rompus à un usage contestataire des QPC, les usagers accompagnés par la constance des appuis professionnels, dont ils bénéficient, engagent de nouvelles batailles. En avril 2011, juste avant le vote de la loi, elles avaient obtenu le dépôt de deux QPC relatives au contrôle judiciaire de l'hospitalisation d'office, alors que la première décision rendue par le Conseil constitutionnel ne concernait que les hospitalisations à la demande d'un tiers. La réponse obtenue par le Conseil constitutionnel allait dans le sens d'un contrôle judiciaire, comme le prévoyait déjà le projet de réforme. Par le dépôt d'une nouvelle QPC (décision n°2012-235) portée par le CRPA et avec le soutien des députés de gauche à l'Assemblée, la loi est modifiée par voie législative le 27 septembre 2013. Le délai de saisine du juge est ainsi porté de 15 à 12 jours. Plus récemment, le 19 juillet 2020, le Conseil constitutionnel a rendu une décision allant dans le sens d'une extension de la judiciarisation : le Législateur est contraint de déterminer rapidement les conditions du contrôle judiciaire du maintien des mesures d'isolement et de contention (un encadré est dédié à cette question dans le Chapitre IV).

Le front jurisprudentiel classique devant les tribunaux judiciaires ne s'est pas épuisé non plus, au contraire. Localement, et notamment dans le barreau de Versailles où est inscrit Raphaël Mayet qui collabore toujours de près avec le CRPA, des décisions sont rendues venant préciser et étendre le contrôle du juge sur les décisions médicales. Nous n'en citerons qu'une, parmi les plus importantes ayant donné lieu à un pourvoi en cassation. L'arrêt de la Cour de cassation du 4 mars 2015 autorise le Juge des libertés et de la détention à requalifier un programme de soins en hospitalisation complète lorsque les sorties sont inférieures à une durée de deux journées par semaine.

La controverse ne s'est pas épuisée avec le vote de la loi de 2011, mais elle a donné lieu à l'ouverture d'une nouvelle arène pour débattre des mesures à travers la *judiciarisation*

(Pélisse, 2009). Ainsi, les scènes politiques, ou encore médiatiques, dont nous avons vu que les associations d'usagers les avaient déjà délaissées, deviennent moins nécessaires pour transformer les pratiques psychiatriques du point de vue du respect des droits des personnes. Les usagers investissent principalement la scène judiciaire comme lieu de débats et levier de changement. Cela constitue-t-il donc un compromis portant sur le contenu ou bien sur le processus (Lascoumes, 2009) ? Du point de vue des usagers et particulièrement des membres du CRPA, cette loi, bien qu'elle soit toujours activement critiquée est un succès sur les deux plans. Sur le plan du processus, les usagers sont parvenus à s'imposer dans le débat parlementaire grâce à la saisine du Conseil constitutionnel[1]. Par cette dernière et l'exactitude juridique de leurs réclamations ainsi que les appuis professionnels dont ils bénéficient, les usagers se sont constitués comme un point de passage obligé (Callon, 1986) des politiques réformant les dispositions relatives aux droits des usagers en psychiatrie. Au-delà de cette légitimité ainsi acquise, les membres du CRPA se félicitent, sur le plan du contenu, d'avoir obtenu le dispositif de contrôle judiciaire en faveur duquel ils se sont mobilisés pendant trois décennies. Mais ce dispositif obtenu est très loin de permettre un accès aux droits et une activation des droits de manière optimale (nous en traitons dans les deux prochains chapitres). Celui-ci n'est pas une fin en soi. Au contraire, il permet l'ouverture plus systématique et l'éclairage d'une autre scène de la controverse : les salles d'audience judiciaire. La judiciarisation dote en réalité les acteurs, et principalement les usagers, du mécanisme jurisprudentiel, qui s'ajoute à la question de constitutionnalité, pour faire évoluer les pratiques.

C'est finalement une conjonction du processus et du contenu qui apparaît comme faisant compromis du point de vue des usagers. Mais le contenu n'a qu'une faible valeur intrinsèque. Il n'a de valeur que parce qu'il ouvre un nouvel espace, permet un prolongement du débat dans le temps, et facilite le recrutement de nouveaux alliés parmi les professionnels de la justice. Dans une certaine mesure, il s'agit là d'une troisième forme de compromis parlementaire (Lascoumes, 2009) forgée sur le prolongement de la controverse que la prise de décision politique autorise. En 2020, il n'est toujours pas question d'une grande loi réformant la psychiatrie dans son ensemble (les professions, les pratiques, les organisations, les droits…). Le vote de la loi de 2011 a aussi accru l'intérêt médiatique pour les soins psychiatriques augmentant la force de frappe des acteurs portant des revendications.

[1] Pour John Kingdon (1984), participer au débat et aux négociations pour un acteur est déjà une victoire.

Conclusion : Vers un assujettissement de la logique des soins à la logique des droits ?

Nous avons proposé une approche dépassionnée des conflits politiques et juridiques qui ont entouré l'élaboration d'un dispositif de contrôle judiciaire des hospitalisations et le vote de la loi du 5 juillet 2011 grâce à une approche théorique plurielle. Nous avons montré que le contenu de la loi du 5 juillet 2011 s'explique d'abord par le moment où celle-ci est votée et donc la manière dont la fenêtre d'opportunité s'est ouverte. Acquis à l'idée qu'une solution politique peut exister dans l'espace public et politique pendant un temps, mais également s'éteindre ou encore fonctionner à bas bruit avant d'émerger à nouveau dans le débat, le modèle de John Kingdon (1984) est particulièrement heuristique pour suivre au long cours des dynamiques d'inscription dans l'action publique. À partir de cette approche matricielle, nous avons mobilisé d'autres ensembles de littératures sociologiques pour approcher l'action tantôt simultanée et tantôt diachronique des trois coalitions, chacune opérant selon sa propre logique. L'interaction entre les professionnels de la psychiatrie et le pouvoir central nous a conduit à mobiliser des travaux concernant l'expertise et l'action publique. Nous avons montré qu'à plusieurs reprises, le pouvoir politique participe à « configurer l'expertise » produite par les psychiatres et les administrations, et avons appuyé sur le double rôle rempli par les professionnels de la psychiatrie dans ce contexte entre expertise et groupe d'intérêt. Le second corpus de littérature sur les usages du droit (autour des travaux de Liora Israël notamment) nous a alors permis de caractériser l'action organisée de la troisième coalition, portée par les usagers. Ce troisième groupe présente une faible commensurabilité avec les deux premiers. En effet, il s'agit d'un petit nombre de personnes militant pour des intérêts communs à partir de ressources politiques et organisationnelles particulièrement faibles. Leurs multiples usages du droit et des droits les conduisent néanmoins à exercer une influence décisive.

Cette étude de cas permet d'appuyer sur la prégnance de trois éléments à prendre en compte dans l'analyse d'une réforme, dont le point commun est d'appeler à desserrer la focale empirique et analytique de l'objet étudié. D'abord, elle met en lumière l'importance de l'appréhension du temps long pour comprendre la structuration des idées et des logiques (parfois contradictoires ou *a priori* hétérogènes) qui sont imbriquées dans une politique (voir Hassenteufel, 2011, p. 256). Également, elle plaide pour une observation élargie de l'environnement pour décrire comment l'objet qui attire notre attention (ici, l'instauration du contrôle judiciaire) est disposé dans un environnement chargé d'autres objets empiriques, notamment des idées et des politiques – notamment celle de l'ouverture de la contrainte aux

soins ambulatoires. Enfin, elle propose de varier les points de vue en se situant simultanément dans les différents espaces où la controverse prend vie. Aux scènes politiques, médiatiques et professionnelles peuvent ainsi être ajoutées notamment la scène judiciaire.

Nous souhaitons revenir enfin sur la polysémie du terme de *judiciarisation*[1] que nous observons dans cette étude au travers de trois acceptions du terme qui interviennent successivement dans le contrôle de l'arbitraire des enfermements psychiatriques. Nous reprenons dans un premier temps à notre compte la distinction introduite par Jérôme Pélisse (2009, p. 74) : « *On entendra ainsi par judiciarisation* du *conflit son déplacement dans l'enceinte judiciaire et sa transformation en litige, et, plus largement, par judiciarisation* des *conflits, un phénomène désignant un recours accru à l'institution judiciaire pour régler des conflits* ». Le premier sens de la judiciarisation des mesures de contrainte aux soins est d'abord celui de la croissance du contentieux liée à l'action organisée du GIA. Il s'agit donc d'une judiciarisation *des* conflits visant à faire un usage défensif du droit. À travers la systématisation des recours judiciaires en cas d'internement psychiatrique, le GIA entend non seulement défendre des cas individuels, mais également produire des adaptations normatives par voie jurisprudentielle. Le deuxième sens de la judiciarisation des hospitalisations sans consentement que nous observons exprime le nouveau passage systématique devant un tribunal judiciaire présidé par un JLD pour autoriser la poursuite ou au contraire ordonner l'interruption des hospitalisations sans consentement – c'est une judiciarisation de *ce* conflit. Le troisième sens de la judiciarisation des mesures de contrainte légale est enfin celui du *judicial* ou *constitutional review*, qui domine la tradition américaine. En ce sens, des auteurs s'intéressent à la montée en charge de la judiciarisation comme mode de gouvernement (voir la revue de littérature de Commaille et Dumoulin, 2009). Les juges et les tribunaux, sur certains sujets, prennent le pas sur le pouvoir législatif du Parlement de « faire la loi ». Les jugements et arrêts ont, en France, une portée moins vaste que des décisions d'institutions similaires dans le système de Common Law. Les décisions de l'ordre judiciaire et administratif peuvent indirectement inciter le législateur à intervenir pour un sujet donné, mais elles ne peuvent pas le contraindre. Les décisions du Conseil constitutionnel en revanche ont ce pouvoir, en annulant tout ou partie d'une loi, à forcer le Parlement à légiférer.

[1] Un autre sens de *judiciarisation* évoque également la place croissante qu'occupe l'institution judiciaire dans les parcours de vie des personnes atteintes de troubles mentaux. Sur cette judiciarisation dans le cas de la protection de l'enfance, voir (Serre, 2001).

Au croisement de ces trois acceptions, nous retrouvons l'action des associations d'usagers pour qui la judiciarisation semblait représenter *a priori* un moyen et une fin (obtenir le contrôle judiciaire automatique des hospitalisations). Toutefois, la judiciarisation ne représente jamais une fin en soi puisqu'elle permet en réalité d'ouvrir une arène de discussion et de débat. La judiciarisation dote en réalité les usagers du mécanisme jurisprudentiel, qui s'ajoute à la question de constitutionnalité, pour faire évoluer les pratiques.

D'autre part, la rationalisation comme processus croissant d'objectivation de l'activité sociale vise, selon Max Weber (1996), à appliquer un principe de rationalité à toutes les sphères de la vie sociale. Ces rationalités sont plurielles et la rationalisation opérée par le droit porte ainsi à la fois sur le droit formel en tendant vers une cohérence d'ensemble et à partir d'une logique purement juridique (rationalisation interne)[1], ainsi que sur le droit matériel qui permet de répondre aux demandes sociales de respect des droits des patients ici (rationalisation externe)[2]. Ainsi, nous observons une situation où le droit lui-même se trouve rationalisé de manière interne, c'est-à-dire qu'il est rendu plus cohérent du point de vue de la logique juridique, ce qui participe à la rationalisation des mesures de contrainte. Il semble dès lors que cela produise un assujettissement de la logique médicale à la logique légale (juridique et judiciaire) qui s'observe principalement dans la hausse des impératifs et donc des attentes d'ordre formel dans la mise en place des mesures. Pour éviter de tomber dans le piège du *juridisme* redouté par Pierre Bourdieu (voir notamment 1986b), le retentissement de ces nouvelles exigences sur les pratiques professionnelles et la mise en œuvre du contrôle judiciaire font l'objet des deux chapitres suivants.

[1] Pour parfaire la cohérence interne des procédures, le Conseil d'État rend finalement une ordonnance le 16 juillet 2012 (n°360793) déterminant que le juge administratif n'est pas compétent pour apprécier le bien-fondé d'un traitement médical.

[2] Julien Freund (1990) propose une relecture heuristique des travaux de Max Weber sur le droit et sur la rationalisation pour en fournir une synthèse.

Chapitre III : Remplir l'exigence bureaucratique ou construire un nouvel agencement institutionnel ?

« Si l'on examine attentivement les certificats rédigés par les aliénistes, on est étonné de l'imprécision et des contradictions qu'ils présentent trop souvent [...] Je sais bien qu'à l'ordinaire ces écrits ont pour destination les cartons verts de la Préfecture ; pourvu qu'ils indiquent l'essentiel au point de vue administratif, on se tient pour satisfait »

Philippe Chaslin dans la *Revue neurologique*, 1914

Introduction

La réforme du 5 juillet 2011 introduit une logique apparemment proprement juridico-judiciaire dans les procédures d'hospitalisation sans consentement. Elle opère un double mouvement de *juridicisation* (augmentation des règles de droit pour réguler l'activité) et de *judiciarisation* (en l'espèce, déplacement du contrôle d'une sphère administrative vers l'arène judiciaire) des hospitalisations sans consentement : les procédures d'admission et de maintien sont nouvellement soumises au contrôle du juge et font en outre l'objet de règles plus nombreuses et plus précises, concernant principalement les pièces documentaires à fournir pour prouver la légalité de l'hospitalisation. Ces documents sont nombreux et soumis à des règles d'usage dont la précision continue de s'accroître au rythme des attentes judiciaires parfois formalisées par des poussées jurisprudentielles. Les éléments qui sous-tendent le contrôle des hospitalisations par les juges diffèrent peu des notifications au préfet, auxquelles les médecins sont obligés de se plier depuis 1838 dans le cadre des hospitalisations d'office. Les médecins sont ainsi tenus de notifier les identités des personnes en placement au moment de leur admission, ainsi que d'envoyer des certificats médicaux circonstanciant « l'état mental » (Art. 14, loi de 1838) de la personne lors de l'admission puis quinze jours plus tard puis périodiquement (voir Castel, 1977). De la même manière et pour tous les modes d'admission aujourd'hui, les psychiatres ont obligation de rendre compte mensuellement de l'état clinique de la personne hospitalisée sans son consentement, en transmettant un certificat à l'Agence régionale de santé (ARS). La loi de 2011 ajoute que tous les six mois, un collège de praticiens se réunit pour étudier de manière documentaire le cas de la personne hospitalisée au long cours et rendre un avis (presque toujours conforme) pour le maintien du patient en hospitalisation. Notons dès lors que les compétences sur lesquelles les médecins se voient évalués ne sont pas

inédites[1]. Ce qui est nouveau, c'est bien la forme ou plus précisément la figure de ce contrôle à travers la personne du JLD[2]. Quels sont les effets produits par cette transfiguration du contrôle ?

Le contrôle du juge est dit *systématique* depuis la réforme de 2011. Il est parfois qualifié d'*automatique,* bien que du point de vue de l'activité de travail, le contrôle judiciaire s'appuie sur un important travail collectif et largement documentaire faisant collaborer les sphères judiciaire et hospitalière, sur des compétences professionnelles et techniques nouvelles grâce à des technologies de communication multiples. L'hôpital *via* les secrétaires médicales, ou l'ARS dans le cas des admissions en SDRE, saisit le JLD avant le douzième jour de l'hospitalisation[3] en transmettant un dossier au greffe du tribunal comprenant les certificats médicaux et l'avis motivé[4] qui justifient l'hospitalisation. Le jugement se fonde sur les traces écrites de la décision médicale et sur les justifications des médecins qui l'étayent. Le contrôle exercé par le juge apparaît en effet comme un contrôle des pratiques d'écriture des médecins, ce qui nous conduit à proposer l'hypothèse d'un contrôle d'ordre bureaucratique[5].

Dans le sillage des recherches visant à observer par l'ethnographie la manière dont l'action publique est opérationnalisée par les acteurs publics (Dubois, 2012), particulièrement les *street-level bureaucrats*[6], nous concentrons notre regard sur les professionnels qui mettent en œuvre le contrôle judiciaire. Nous nous appuyons sur l'approche de la mise en œuvre du

[1] Ajoutons que d'autres domaines d'ordre médico-légal ou médico-administratif amènent les médecins à produire des écrits à destination d'acteurs non-médicaux. Nous pensons pour la psychiatrie notamment aux expertises judiciaires (voir Dumoulin, 2000 ; Protais, 2016a ; Saetta, 2012) et dans d'autres domaines à la médecine légale (Juston Morival, 2020a) ou la médecine du travail (Dodier, 1993b).

[2] Déjà potentiellement soumis à une publicité, en cas de saisine du juge par le patient ou sa famille et depuis la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des personnes malade* **(Loi n° 2002-303).**

[3] Dans le cadre des admissions à la demande d'un représentant de l'État (SDRE, ancien HO) la saisine du juge est effectuée par l'ARS pour le compte du préfet, dans les mêmes conditions. Cela signifie bien que c'est l'autorité responsable de l'enfermement (le directeur de l'hôpital ou le préfet) qui saisit le JLD.

[4] Huit jours environ après l'admission à l'hôpital, un médecin doit effectuer un nouveau certificat médical détaillant succinctement l'état de santé de la personne hospitalisée à ce moment précis. Ce document est appelé « avis motivé » (parfois « certificat de huitaine ») et permet la saisine du juge – pour que l'audience soit organisée avant le 12e jour. Il indique également si la personne est « auditionnable », c'est-à-dire si son état de santé est compatible avec l'audience devant le JLD.

[5] En lisant « bureaucratique » le lecteur ne doit pas y voir une approche critique des dimensions formalisatrices de l'administration. Que cette exigence soit qualifiée de bureaucratique ne signifie pas qu'elle nous apparaisse comme futile ou inutile. La dimension bureaucratique telle que nous l'approchons laisse entrevoir deux conséquences. D'abord que le contrôle exercé par les juges touche davantage la formalisation et la légalité externe des procédures. Ensuite, il s'appuie sur un important travail administratif pour la production et l'ordonnancement des pièces constituant le dossier.

[6] Ce terme développé par Michael Lipsky (1980) a depuis été largement popularisé également par des travaux français qui s'intéressent aux relations administratives à la Caisse d'Allocations Familiales (Dubois, 1999), à l'octroi des titres de séjours (Spire, 2005).

droit développée par Pierre Lascoumes avec la notion de « normes secondaires d'application » (1990), pour décrire le travail normatif produit par *tous* les acteurs aux prises avec elle pour interpréter et adapter une trame générale à ses contextes multiples d'application. Loin de considérer que le contrôle judiciaire ne s'observe qu'au cours du procès, nous nous intéressons particulièrement au travail des *intermédiaires du droit* sur qui reposent en grande partie l'application de la loi. Ces professionnels souvent non juristes (les médecins et surtout les secrétaires médicales, mais également les greffières) sont à l'interface de deux sphères, judiciaire et hospitalière. À chacune d'elle correspond sa logique propre, des valeurs, des identités d'action ainsi que des pratiques d'écriture concrètes. Dans une perspective de sociologie des sciences, nous nous intéressons d'abord à l'équipement et l'environnement matériel de la pensée et de l'action plutôt qu'à ses dimensions proprement cognitives. Le certificat médical constitue la pièce maîtresse des dossiers de contrainte constitués par les gestes successifs des acteurs professionnels du réseau hospitalo-judiciaire des contraintes. En ce sens, il constitue, comme l'expertise médico-légale, un objet ambivalent, « *homogène ni au droit ni à la médecine* » (Foucault, 1999b, cours du 15 janvier 1975) et qui permet cependant de lier ou *couturer* les deux mondes l'un à l'autre.

Ce chapitre vise en somme à décrire et analyser la mise en œuvre de la judiciarisation à travers les pratiques (de gestion des) d'écritures révélant les interactions entre les acteurs de l'hôpital et du tribunal et évalue la nature de ces interactions.

Notre démarche méthodologique et théorique fait l'objet de la première section de ce chapitre (A). La primauté donnée à la gestion des écrits renvoie à un véritable « défi organisationnel » (Dujardin et Pechillon, 2015, p. 467) pour les établissements. L'exigence bureaucratique est supportée par une série d'acteurs qui accompagnent aussi bien les médecins dans la rédaction que les équipes administratives dans le respect de la règle. Le réseau prescriptif hospitalier est élargi à d'autres organisations, notamment l'ARS, qui participent également à l'entreprise collective d'évitement de la levée des soins (B). Nous montrons que le tribunal, notamment à travers le travail du greffe du tribunal, est partie intégrante de ce réseau dont l'objectif partagé est de produire des dossiers de contraintes justes du point de vue du droit afin de ne pas prononcer des levées de soins. À ces appuis techniques et matériels s'ajoutent des appuis cognitifs construits par des rencontres fréquentes entre les institutions hospitalière et judiciaire dans une atmosphère particulièrement coopérative (C).

A. Des dossiers dans un réseau de contrainte

Le CHS Madeleine Pelletier comme lieu de travail est caractérisé par une très forte culture de l'oralité (voir Grosjean et al., 1999). L'oral est essentiel dans la communication avec le patient (entretien médical ou infirmier) et sa famille ainsi que pour échanger des informations au sein de l'équipe de soins, notamment lors des transmissions ou des staffs d'équipe. Toutefois, les écrits sont de plus en plus nombreux dans tous les services de l'hôpital et il existe parfois un décalage important entre le contenu des discussions informelles au sein d'un service de soins et la version écrite plus ou moins issue de celles-ci[1].

Les écrits se présentent sous divers formats : papier, numériques, imprimés, remplis de manière manuscrite, etc. Ils sont également présents en plusieurs lieux. Un même document peut être présent dans plusieurs espaces à la fois, sous des formats différents et remplir des fonctions variées. Une partie d'entre eux, ceux qui nous intéressent particulièrement ici, sont des documents officiels d'ordre médico-légal. Ils se retrouvent à la fois dans le bureau des secrétaires médicales et dans les postes de soins, dans le bureau de la Loi[2] sous plusieurs formes, dans les bureaux de la direction puisqu'il incombe à ses représentantes de les signer un à un et dans les couloirs puis dans les archives au sous-sol de l'hôpital pour qu'ils soient conservés. Enfin, on les trouve sous forme numérique dans différents logiciels d'identification des patients, dans lesquels toutes les pièces relatives à la contrainte sont téléchargées.

Le dossier s'épaissit à mesure que passent les jours d'hospitalisation et qu'il circule entre les différents bureaux de l'hôpital. Dans le cadre, fréquent, d'une entrée par les urgences, le dossier médico-légal commence par un certificat médical. Celui-ci est complété par un deuxième (voire un troisième) certificat à l'arrivée du patient dans son service d'accueil[3]. Ces documents sont ensuite transmis à la direction de l'établissement, où est rédigée une décision d'admission – cette étape s'effectue à l'ARS pour le compte de la préfecture en cas de SDRE. Cette décision est notifiée au patient par la signature d'un document dédié[4]. Ces premiers

[1] Delphine Serre (2008) observe également ce décalage dans les signalements d'enfants en danger rédigés par les assistantes sociales.

[2] Nous revenons sur cette appellation plus loin.

[3] Dans le cadre d'une admission en SDT on trouve également une lettre manuscrite du tiers ainsi que la copie de sa pièce d'identité.

[4] Ce document est signé par la personne hospitalisée, sur lequel elle reconnaît avoir été informé de la décision et des recours possibles. Les professionnels se réfèrent à ce document comme à la « notification des droits », qui représente également le moment où le professionnels informe et fait signer ce document à la personne hospitalisée. Il est fréquemment remis à la personne un document récapitulatif de ces droits

documents sont collectés dans les trois premiers jours de l'admission et sont transmis à l'ARS pour archivage[1]. Au plus tard au huitième jour, un nouveau certificat médical est produit par le psychiatre du service d'hospitalisation. Il est rédigé si le maintien de la personne est nécessaire pour une durée prolongée (si la poursuite des soins n'est plus nécessaire du point de vue du médecin référent, la sortie est décidée). Ce document rejoint la liasse des documents existants à la direction de l'établissement, puis à l'ARS. Il permet de compléter le dossier par une « saisine », afin de clore le dossier, qui est alors faxé[2] en l'état au greffe du tribunal. La saisine est un document formaté contenant des informations sur le patient et le mode légal de son hospitalisation et qui sollicite la saisine du tribunal. À la suite de l'audience, le dossier est assorti d'une décision du juge (très souvent conforme à l'avis du médecin) et d'une nouvelle notification de la situation à faire signer au patient. Il appartient également à l'établissement de transmettre cette actualisation des dossiers à l'ARS. En cas d'hospitalisation au long cours, des certificats mensuels sont ajoutés au dossier, et tous les six mois, un collège de psychiatres rend un avis à partir de la lecture des certificats[3]. Les documents produits sont la formalisation de la décision médicale et sont mis à l'épreuve du jugement judiciaire au cours de l'audience.

1) Approcher l'activité professionnelle par ses dimensions scripturales

Notre approche est attentive à la dimension performative des inscriptions scripturales dans les situations de travail. D'abord, nous observons comment l'écriture à la fois comme activité et comme résultat matériel participe à reconfigurer les espaces et les relations de travail. Ces configurations sont observables en recourant au matériau documentaire sur le terrain à la fois comme source écrite et surtout comme objet ethnographique, que l'on suit comme un enquêté. Enfin, l'écriture comme activité de travail met en jeu des compétences techniques

(cela peut être une page polycopiée ou un livret d'accueil) au moment de la signature. Si la personne ne signe pas le document, une des deux cases suivantes doit être remplie et signée : refus de signer l'accusé de réception ou bien impossibilité de notifier la décision en raison de l'état de santé de l'intéressé.

[1] Nous voyons que les agents de l'ARS sont également chargés de vérifier les documents mais ce contrôle est minimal et ne donne presque jamais lieu à remontrances.

[2] Le Code de la Santé publique permet la saisine « par tous moyens ». Au moment de l'enquête (en 2015 puis en 2017-2019), le fax est la méthode employée le plus souvent. Les juridictions travaillent à la mise en place d'une plateforme de mails sécurisés.

[3] Les documents sont également transmis aux CDSP *via* les délégations territoriales (DT) des ARS ou l'établissement directement.

particulières principalement détenues par des professionnelles (souvent féminines) spécialisées (secrétaires médicales et greffières).

Notre démarche s'inspire des principes exposés dans un article programmatique introduisant un numéro spécial de *Sociologie du travail* dirigé par Anni Borzeix, Gwenaële Rot et Didier Demazière (2014) qui propose d'étudier *ce que les écrits font au travail*. Les sources écrites, prises comme un matériau d'enquête, présentent l'intérêt de permettre la reconstruction, à travers les différents statuts de l'écrit, des mécanismes qui rendent l'organisation fonctionnelle et de ses contours : « *suivre la piste des écrits représente une méthode heuristique pour renouveler nos prises analytiques sur des organisations déconcertantes, mouvantes, aux frontières labiles*. » (Rot, Borzeix et Demazière, 2014, p. 9). Autrement dit, l'attention aux écrits permet de reconstruire les « *modalités proprement scripturales de l'encadrement institutionnel* » (Béliard et Biland, 2008). Dans notre cas, s'agissant d'un réseau d'acteurs complexe, décrire la multiplicité des sources qui laissent des traces écrites à l'hôpital est difficile et fait courir le risque de rater le coche de l'exhaustivité. Le document au-delà de sa vitesse de déplacement est démultiplié et souvent transformé, augmenté à chacune de ses haltes. Dans le langage de la nouvelle sociologie des sciences, nous observons les dossiers de contrainte comme des *objets techniques* nous donnant accès au *script* sous-tendu par eux (Akrich, 1987, 1996). La loi de 2011 définit des espaces, des rôles et des règles de répartition et d'interactions entre les acteurs du réseau. Les documents la réifient en la mettant en œuvre.

Cet intérêt méthodologique pour les écrits est repris par Jean-Marc Weller dans une démarche inspirante. Dans *Fabriquer des actes d'État* (2018), ouvrage tiré de son Habilitation à diriger des recherches (HDR), Jean-Marc Weller s'interroge à la fois sur les actes au sens de l'*action* de l'État ainsi que sur les actes au sens des *pièces écrites*. Il explore surtout la relation entre ces deux acceptions du terme. En se demandant « *Comment l'État fait-il pour agir ?* » (Weller, 2018, p. 6), il questionne en fait la dimension performative des écrits. Le pouvoir d'agir de ces documents constitutifs de la mise sous contrainte est écrasant : du point de vue du patient, ils consignent son enfermement et du point de vue de l'institution hospitalière, ils constituent la source du contrôle qui pèse sur les pratiques. Afin de répondre à la question de départ, Jean-Marc Weller s'intéresse à la manière dont les agents de l'État travaillent avec le droit et particulièrement leur activité de *paperasserie*. Il emprunte pour cela très largement à la sociologie des sciences de Michel Callon et Bruno Latour qu'il cite abondamment. Il s'intéresse aux écrits et aux dossiers en tant qu'acteurs d'un réseau constitué d'acteurs humains et non-humains. En suivant les préconisations de Bruno Latour au sujet de l'esprit scientifique (1987)

qui dans une large mesure constitue le fondement du livre de Jean-Marc Weller, nous nous intéressons ici aux *techniques d'inscription* mises en œuvre par les acteurs du réseau des contraintes psychiatriques plutôt qu'à comprendre la décision psychiatrique[1].

Nous avons entrepris depuis 2015, une série d'enquêtes ethnographiques particulièrement attentives au traitement des dossiers de contrainte. Il s'agit ici de donner une place prépondérante à ce matériau, qui permet de reconstruire les procédures étudiées et les rapports de force et de coordination au cœur de notre terrain. Par l'observation et la caractérisation des différentes instances de production et de mise en mouvement des documents, nous dessinons les contours de l'organisation des soins sans consentement et décrivons la nature des liens entre ces différentes entités. Nous montrons que les exigences bureaucratiques qui touchent à la gestion des dossiers de contrainte ont des effets concrets sur l'organisation du travail au sein des services, des établissements de soins, mais aussi plus largement dans toute l'écologie du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement.

L'aménagement spatial et matériel est souvent propre à un métier, et les outils qui l'entourent lui sont directement associés. Il existe une relation écologique entre le métier et son environnement au sens où lorsque son environnement se modifie, le métier est amené à évoluer[2] ; au contraire des changements dans les attributions du métier conduisent à des aménagements matériels de l'espace de travail[3]. Porter notre attention sur la matérialité (lieux et objets) de l'exercice d'une activité professionnelle ne suppose pas de se cantonner à la seule observation des tâches techniques qui sont réalisées sous nos yeux. Au contraire, observer la manipulation des objets permet d'accéder aux compétences tues par les acteurs voire à une hiérarchie informelle dans un collectif (voir par exemple Dodier, 1993c). Au-delà, poser son regard sur les pratiques concrètes permet également d'accéder aux dimensions morales de la division du travail et ainsi au rôle endossé par les professionnels dans l'organisation. Les

[1] Sur ce sujet, se référer à un court chapitre d'ouvrage (Tartour, 2018). J'y analyse l'économie de la décision psychiatrique d'hospitalisation sans consentement dans un service d'urgences parisien. Il en ressort qu'au-delà des arguments médicaux pour l'hospitalisation, l'équipe soignante aux urgences est attentive à la capacité d'acceptation (et non de *consentement*) de la personne. Voir également (Moreau, 2015).

[2] À titre d'exemple, voir les travaux de Delphine Gardey (1999, 2002, 2008 ; Chabaud-Rychter et Gardey, 2002) et de Josiane Pinto (2000) sur les effets entrainés sur les métiers de « secrétaires » par l'avènement de la machine à écrire puis de l'informatisation.

[3] Delphine Gardey (1999) montre par exemple comment l'objet machine à écrire a été sexué comme féminin à la fin du XIX^{e} siècle, en même temps que la pratique dactylographique s'est construite comme particulièrement féminine. Josiane Pinto (2000) étudie les effets de l'informatisation sur le métier de secrétariat + travaux informatisation.

pratiques de gestion des écritures ainsi déléguées aux secrétaires médicales et aux greffières semblent s'apparenter à une délégation de sale boulot (Hughes, 1962, 1996), au sens où il s'agit de tâches inconfortables et dévalorisées par les médecins. Les « charges administratives » sont précisément réputées entravantes dans le bon exercice de la médecine (Michel, 2017) :

> « C'est, comment est-ce possible ? Moi je trouve que c'est la galère dans la pratique …[...] Les certificats c'est incroyable aussi ! La cheffe avec qui j'étais hier m'a dit, « hier, j'ai fait dix certificats ». Alors vous vous rendez compte du temps que ça peut prendre ! Même si c'est tout formaté etc, mais faut quand même se concentrer, pas écrire trop de conneries ! Voilà, ça prend énormément de temps qu'on ne consacre pas auprès du patient, c'est des charges administratives et ça, ça nous bouffe ! »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016[1]

Les travaux scripturaux sont systématiquement définis de manière à la fois tautologique (est administratif ce qui est administratif) et négative (est administratif tout ce qui n'est pas du soin). Pourtant les certificats médicaux et les dossiers de contrainte apparaissent bien au cœur des pratiques médicales puisqu'ils renvoient à la prise de décision. Comment ces documents particuliers sont-ils traités par les acteurs médicaux ? Au-delà de leur contenu clinique, à quelles normes répondent-ils ?

2) Intermédiaires du droit et réseau prescriptif

L'observation des audiences dans plusieurs juridictions (voir chapitre suivant) nous a permis de déceler les principes sur lesquels les juges fondent leur décision, pour ce qui est du jugement sur la forme. Deux critères apparaissent comme les plus prégnants. Le premier conditionne la tenue de l'audience et le second est discuté pendant celle-ci. Il s'agit de la *bonne tenue* du dossier d'une part (dossier complet, absence d'incohérence et respect des délais) et de la *qualité rédactionnelle* des certificats médicaux (description des troubles et justification de la mesure privative de liberté) d'autre part. Il appartient à l'établissement de veiller au respect de ces deux principes puisque tous deux peuvent être responsables d'une mainlevée prononcée par le JLD. L'introduction de contrôle judiciaire met ainsi à l'épreuve les compétences bureaucratiques des professionnels et leur capacité de coordination. Les équipes administratives sont déjà largement habituées aux exigences bureaucratiques : garder une trace, ordonner, classer, etc. font partie intégrante de leur activité.

[1] La « bureaucratisation » est une plainte très courante de la part des médecins (Awa et al., 2016 ; Marques et al., 2013 ; Marques, Eyraud et Velpry, 2015).

En garantissant un strict respect des dispositions légales, les secrétaires médicales et les cadres de santé sont qualifiés d'*intermédiaires du droit.* La notion d'intermédiation du droit renvoie aux activités visant la mise en œuvre du droit dans un domaine d'action particulier, passant par l'irrigation des règles de droit par d'autres logiques. Les activités d'expertise judiciaire sont caractéristiques de cette immixtion en donnant par exemple à des médecins légistes la mission d'informer le droit et la justice à partir de leur propre domaine d'expertise (voir Juston Morival, 2020a). On a l'habitude de désigner comme *intermédiaires du droit* des acteurs dont l'activité principale de travail ne consiste pas à *faire le* ou *du droit*, mais qui s'y trouvent abondamment exposés. C'est le cas notamment des secrétaires médicales, des cadres de santé et dans une moindre mesure des médecins sur nos terrains.

Nous employons également la notion de *prescription ordinaire* développée par Jérôme Denis (2007). Dans cet article, l'auteur décrit la mise en place de routines de production dans des ateliers qui produisent des bandes-annonces. Il montre que ce qui apparaît comme des réflexes ou des techniques de travail à l'observateur sont en fait sédimentés dans différentes instances chargées de mettre en œuvre, de diffuser et de rappeler la norme. De la même manière, nous décrivons les points d'ancrage visibles de la norme rédactionnelle dans un établissement hospitalier et au-delà. Notre enquête en mêlant observations du travail et entretiens sur les méthodes d'apprentissage de cette activité décrit les mandats exclusifs ou quasi exclusifs recouvrant le bon respect de la loi qui sont détenus par certains professionnels au sein de l'établissement et au-delà. Les greffières qui veillent également au bon respect de la loi avec les outils du droit entretiennent des relations étroites avec les secrétaires médicales et des cadres des établissements, participant à l'augmentation de la qualité juridique des dossiers.

Pour montrer au plus juste les relations qui sont entretenues entre les différents relais prescriptifs, humains et non-humains, nous mettons en mouvement le parcours des dossiers dans un *réseau prescriptif* des normes rédactionnelles et bureaucratiques à l'hôpital. Nous analysons cet espace comme un *réseau de prescription* pour trois raisons. Au-delà d'une répétition des consignes qui doivent être appliquées, transmettre la règle c'est surtout l'expliciter à travers une méthode didactique pour que la norme atteigne effectivement les pratiques. Au-delà de son application, les relais participent à sa production locale de la norme en la mettant en pratique. Enfin, chaque relais par sa position détient l'autorité nécessaire, parfois très localement, pour dicter les conduites notamment rédactionnelles à adopter. Le respect des règles formelles se trouve en quelque sorte externalisé par les médecins à ce réseau prescriptif composé d'acteurs hospitaliers et judiciaires.

La mise en mouvement du réseau prescriptif, qui lie à la fois les professionnels hospitaliers et judiciaires, conditionne largement les modalités concrètes de mise en œuvre d'un territoire à un autre.

B. Mise en œuvre et mise en preuve : entre formalisme et légalisme de l'institution hospitalière

Les professionnels hospitaliers sont amenés à collaborer entre eux dans le cadre du respect des exigences portées par le contrôle systématique des hospitalisations sans consentement. Les médecins sont les premiers rédacteurs des certificats médicaux, mais se trouvent très largement soutenus par une importante arène de vérification au sein de leur établissement (1). Les institutions de régulation que sont l'Agence régionale de santé (ARS et la Haute autorité de santé (HAS) concourent également à définir l'étalon des dossiers de contrainte et accompagnent les établissements dans la production des dossiers (2).

1) « Des vies mises en dossier »[1]. L'action coordonnée des médecins et des secrétaires médicales

Le recours à l'hospitalisation sans consentement s'inscrit au croisement de différents types de normes à la fois médicales, juridiques et aussi morales. Lorsque ces sources normatives impliquent des décisions contradictoires au sujet d'une situation concrète (privilégier le soin ou la loi ? la garantie des libertés ou le besoin de soins ?), les professionnels sont tenus de résoudre ces « conflits normatifs » (Guibet-Lafaye, 2016a). La résolution du conflit peut prendre une pluralité de formes allant de la hiérarchisation entre les normes (préférer la loi à l'indication médicale par exemple) au recours à des compositions normatives où l'on recherche l'équilibre entre norme juridique et avis médical. Le jeu avec les contraintes normatives s'inscrit dans les dossiers qui renferment les exercices de justification discursive menés par les professionnels.

[1] Nous empruntons cette jolie formule au Collectif Onze (2013, p. 69).

a) Les médecins rédacteurs et la mise en cohérence des catégories légales avec la pratique : l'exemple de la motivation du péril imminent

Certains médecins ont vu initialement dans l'imposition du juge des libertés et de la détention une menace, voire une défiance, à l'attention de leur mandat acquis au XIX^{e} siècle, puis progressivement défini. Le contrôle par le juge mettrait en scène une discussion sur le bien-fondé de leur décision en introduisant, selon eux, une suspicion sur le caractère abusif des hospitalisations qu'ils prononcent avec le directeur d'établissement ou le représentant de l'État.

> « Donc sur le fond, on pouvait être d'accord avec la judiciarisation, y a pas une loi qui est contraire au fondement de notre république donc oui, mais tout le problème se fondait sur la faisabilité… Le contrôle. Avant y avait un contrôle possible à la demande facultative comme ils disent, y avait pas de contrôle systématique, et là bon y a les deux. […] En plus, les psychiatres comme la plupart des professionnels de toute nature sont assez jaloux de leurs prérogatives et vous savez les histoires d'internements arbitraires, moi, je n'en ai pas vu… l'histoire du commissaire qui aurait voulu faire interner sa femme pour partir avec sa maîtresse ! […] Voilà ce que j'ai à dire sur la judiciarisation : je suis pour, mais… […] ça aboutit à des choses hein, ça aboutit à des conséquences ! »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

Pour la craindre, encore faut-il croire en la menace. Cet aspect concerne la crédibilité que l'on accorde à l'instance régulatrice pour opérer *effectivement* le contrôle et la menace que représentent les sanctions encourues. Les médecins parfois ne prennent pas la menace de la levée avec un grand sérieux et cette réaction apparaît ambivalente. Est-ce parce qu'ils estiment sincèrement que le juge ne lèvera pas la mesure malgré les écarts formels et de fond à la règle ? Ou est-ce parce que la sortie de l'hôpital d'un patient ne serait pas tout à fait incompatible avec leur avis médical (qui prescrivait pourtant une hospitalisation sans consentement) ? Cette tension renvoie plus largement à l'usage qu'ont les médecins de l'hospitalisation sans consentement dans l'éventail des prises en charge possibles.

Empruntant une approche de sociologie du travail, en prêtant attention au traitement écrit des décisions, nous avons entrepris d'explorer la manière dont le psychiatre et son équipe prennent une décision de maintien ou d'autorisation de maintien. Quels sont les opérations techniques et les actes à exécuter et dans quel ordre doivent-ils être réalisés pour décider l'admission et la rendre effective ? En clair, il n'est pas question ici de la décision d'admission pour elle-même, mais bien de la manière dont la régulation judiciaire qui l'encadre influe sur les décisions et surtout sur les manières de les mettre en œuvre.

Le travail des psychiatres relatif aux admissions sans consentement dans le nouveau contexte de judiciarisation posé par la loi de 2011 consiste en premier lieu en une activité d'interprétation des catégories légales. Il ne s'agit pas seulement de plaquer un cadre juridique sur des pratiques. Les équipes de soins s'approprient les enjeux juridiques de la contrainte afin d'y répondre au mieux. La lecture d'une norme, quelle qu'elle soit, ne permet jamais de prédire le comportement des acteurs, même de ceux qui prétendent ou sont convaincus la respecter. Ceci tient au fait que les acteurs de la mise en œuvre ou du respect de la norme développent sans cesse des arrangements avec elle. Ces appropriations qui revêtent parfois des airs de jeux avec la règle sont développées pour deux ensembles de raisons. Le premier tient aux espaces de libertés laissés effectivement par la loi, lesquels sont investis et comblés par les acteurs pour la rendre praticable (Edelman, 1992 ; Lascoumes et Le Bourhis, 1996). Le second touche à la nécessaire compatibilité du droit avec l'activité qu'il entend réguler. Ceci suppose que le droit entre toujours en interaction avec d'autres domaines de l'activité sociale qui sont régulés par leur propre système normatif. Cette modalité d'appropriation de la règle peut ainsi revêtir une dimension plus stratégique.

Une série d'éléments de la loi de 2011 illustre l'insertion de certains acteurs dans les brèches laissées par le Législateur. Nous proposons ici de nous concentrer sur la notion de « péril imminent » dans le cadre des Soins pour péril imminent (SPI). Tous les psychiatres rencontrés au cours de la recherche s'accordent sur le caractère flottant de la catégorie qu'il s'agisse de la notion de danger (« péril »), qui rappellent les professionnels au malaise de l'évaluation de la dangerosité[1] ou de son caractère urgent (« imminent »), alors que les psychiatres refusent le plus souvent de prédire ce qui pourrait advenir. Les conditions pour une admission sous ce mode légal de soins sont peu précises. Il incombe toutefois aux psychiatres rédacteurs des certificats médicaux de motiver soigneusement l'existence de ce « péril imminent », afin de présenter au JLD un dossier médico-légal valide.

L'opportunité d'admettre une personne en soins sans consentement dans une procédure dite « sans tiers » a été introduite par la loi de 2011 et répond dans les faits à des attentes

[1] Voir notamment les travaux de la HAS sur « les facteurs de risque de violence hétéro-agressive » (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur) et le rapport d'Anne Lovell « Violence et santé mentale » (https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000729.pdf). Ces incertitudes recoupent également celles concernant le « risque suicidaire ». (Canevascini, 2009 ; Le Moigne et Pisu, 2019).

contradictoires. Elle s'adresse à la fois à la demande croissante des familles, à travers leurs représentants de l'UNAFAM, qui souhaitent pouvoir sortir de la procédure de soins contraints afin de préserver la relation avec la personne malade ; et offre aux médecins un cadre légal sécurisant qui ne les oblige plus à faire signer de « faux tiers » (l'assistance sociale du service par exemple) pour prendre en charge des patients désocialisés ou pour lesquels on ne parvient pas à contacter un membre de l'entourage, en voyage pathologique ou encore dont l'identité demeure inconnue.

L'instauration de ce nouveau mode légal faisait redouter une hausse des admissions contraintes. En 2012, première année complète au cours de laquelle la loi était entrée en vigueur, 11% des patients pris en charge en soins sans consentement l'étaient sous un mode légal de soins SPI (Coldefy et Tartour, 2015). Depuis, l'augmentation du nombre et de la part des patients pris en charge sous ce mode légal n'a cessé d'augmenter, permettant de dire que le nombre de patients en SPI a doublé entre 2012 et 2015 (Coldefy et Fernandes, 2017). Ce qui retient particulièrement l'attention dans l'étude citée, ce sont les importantes disparités territoriales dans l'usage des SPI d'un département à l'autre. Ces écarts de recours à la modalité SPI contribuent à notre questionnement sur la signification du « péril imminent » et aux variations des motivations qui le sous-tendent.

L'indication de péril imminent est définie comme suit : « *lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II* [décharge de tiers classique] *et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°* » (Art. L3212-1). Dans le cadre des hospitalisations, le péril imminent concerne donc en premier et dernier lieu : *la santé de la personne à la date d'admission*. Cette mention exclut supposément les comportements hétéro-agressifs ou dangereux pour l'ordre public ; ainsi que les présomptions ou évaluations cliniques d'une dangerosité qui pourrait se révéler si le patient n'est pas admis à l'hôpital. Un document d'aide à la rédaction publié par la HAS en 2018, que nous présentons plus loin, précise pour les certificats SPI : « *le médecin doit en sus : expliciter en quoi l'état de santé de la personne représente un péril ; justifier en quoi ce péril est imminent ; justifier en quoi l'état de santé de la personne représente un danger pour elle-même* » (p.5). Il apparaît évident que la nécessité des soins ne recouvre qu'une faible partie de l'indication, alors même que son évaluation est bien au cœur du mandat psychiatrique.

> « On a des gens qui nécessitent vraiment d'être soignés, il n'y a pas de péril imminent, et puis il n'y a pas de famille. Alors si on respecte la loi, bah on ne les hospitalise pas. Moi, je suis un pragmatique donc on me tombe dessus »

> Gérard Massé, médecin-chef à Sainte-Anne, 2015

Gérard Massé relate ici des situations d'incertitude quant à la qualification de l'admission, alors qu'il existe en revanche un consensus quant à la nécessité des soins pour la personne. Dans les établissements où nous avons enquêté, les médecins semblent proposer un discours commun sur l'usage des SPI que l'on peut qualifier de « pragmatique », selon le terme utilisé par Gérard Massé. Cette position consiste en une faible problématisation du nouveau mode légal tout en en faisant un usage limité.

> « Déjà, il y a plein de cas où on n'a pas besoin de recourir aux SPI. Les patients qu'on connaît, qui viennent au CMP, en général on connaît au moins un membre de la famille ou de l'entourage qui peut signer le tiers si c'est nécessaire [...]. Ensuite, si vraiment il n'y a pas de possibilité et que la personne est mal, on ne va pas lui faire subir une perte de chance en ne l'hospitalisant pas à temps. Et puis quand on les connaît bien, on sait quoi écrire, on a tout le recul pour expliquer au juge bien pourquoi, là, il faut hospitaliser. »
>
> Dr Parc, unité Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, 2018

La manière dont les psychiatres motivent à l'écrit l'existence d'un péril imminent nous intéresse ici. Comment décrire ce péril imminent ou ce danger urgent ? Selon Dr Parc, le contournement de la notion de péril imminent est possible en donnant maints détails sur l'état du patient, ses habitudes, la relation thérapeutique, ses antécédents afin de donner à voir le décalage avec la situation au moment de l'admission. D'autres médecins sont plus attentifs à décrire le contexte de l'admission avec les derniers éléments précédant tout juste l'arrivée à l'hôpital.

Les soignants des urgences sont beaucoup plus fréquemment confrontés à cette question que les médecins exerçant dans une unité d'hospitalisation. En effet, contrairement aux unités de soins, les professionnels des urgences ne connaissent souvent ni le patient ni l'entourage. Dans ces circonstances, les médecins reconnaissent signer des certificats avec parfois des incertitudes quant à l'absence de tiers. L'activité aux urgences se rapporte toujours davantage à une décision provisoire qui sera confirmée ou infirmée par les soignants de l'équipe du secteur. Si le passage par les urgences conduit à une réintégration dans un service où le patient est connu, le psychiatre pourra transformer le SPI en SDT ou même en soins libres dans certains cas.

En droit français, la notion de péril imminent est souvent confondue avec celle de l'urgence. En droit administratif, la présence d'un péril imminent renforce les pouvoirs de

police du préfet le plus souvent, sous réserve de l'autorisation du juge (Robert, 1990, p. 750). Un « arrêté de péril » est pris par le maire par exemple lorsqu'un bien immobilier présente des menaces importantes quant à la solidité du bâti. Lorsque ce danger apparaît imminent, le maire peut saisir le tribunal administratif pour nommer un expert qui intervient dans les 24 heures suivantes. Cette procédure permet *in fine* de veiller à la sécurité des habitants ou usagers du bâtiment ainsi que des passants en vidant le lieu et en protégeant le périmètre – puis éventuellement de procéder à sa démolition – en allant à l'encontre de la volonté du propriétaire. En droit constitutionnel, la notion de péril imminent est notamment invoquée dans le cadre de l'instauration d'un état d'urgence : « *l'état d'urgence peut être déclaré [...] en cas de péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public* » (Art. 1, loi du 3 avril 1955 modifiée instituant l'état d'urgence). L'usage de la même locution, pour les situations « d'atteintes graves à l'ordre public » en droit constitutionnel et de « santé de la personne » pour les hospitalisations sans consentement, crée dès lors une confusion sur la définition des situations comme relevant d'une admission en SPI ou en SDRE. Pourtant, ces deux catégories légales de « péril imminent » d'une part et de « trouble grave à l'ordre public » (valable pour les admissions sur demande du représentant de l'État, SDRE) d'autre part ne se superposent aucunement dans le cadre des hospitalisations sans consentement.

Des admissions en SPI peuvent être prononcées à la suite d'un trouble ou d'une suspicion de trouble *bénin* à l'ordre public. Nous pouvons lire sur un certificat pour SPI émanant d'un établissement de la région parisienne : « *Patiente hospitalisée suite à une interpellation par les forces de police pour une suspicion de vol dans un contexte d'idées délirantes, d'incohérence et de dissociation psychique majeure* ». S'ensuit une description plus précise des idées délirantes et de la dissociation. Le certificat souligne davantage l'état psychique dissocié de la personne que l'infraction commise. Le péril pour la santé de la personne, quant à lui, n'est pas explicité. Cette situation est typique des cas où l'équipe n'a pas pu obtenir une décharge de tiers (par refus ou absence d'entourage), que le besoin de soins est reconnu, mais qu'il est difficile de trouver une motivation au péril imminent « pour la santé de la personne ». Parfois, le lien avec la santé de la personne est décalé dans le temps, mais apparaît néanmoins évident du point de vue du juge.

> « Je ne dis pas que je ne fais pas attention, mais j'imagine le désarroi d'un médecin qui veut prendre soin de son patient ou de sa patiente et qui ne trouve pas de moyen légal de la protéger. C'est vrai que parfois ils utilisent plutôt un trouble à l'ordre public pour expliquer la nécessité de protéger la personne. Un vol, une agression pas très grave ou une errance sur la voie publique – encore que là, ils peuvent dire que c'est dangereux de se promener n'importe comment sur une rue avec des voitures

> [rires]. Mais enfin, ils utilisent ça. Et en discutant avec un médecin c'est vrai qu'ils se disent que la personne prendra moins de risque à l'hôpital pour arrêter un peu ses bêtises, que si elle est arrêtée par la Police pour un nouveau vol ou une agression parce qu'elle pense que je ne sais pas quoi, elle est un peu parano et que le diable la suit. Nous [le JLD], on est un juge protecteur. C'est notre rôle de protéger les personnes, et, dans ce cadre, parfois contre elles-mêmes »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

L'admission en SPI apparaît dès lors comme un dispositif d'évitement des poursuites judiciaires possibles (*diversion* en anglais) ou une pause dans la « carrière délinquante » de la personne. Ces situations de délits mineurs s'opposent au trouble *grave* à l'ordre public, suite auquel une admission en SDRE est supposément prononcée. Les médecins ont rarement le choix du mode d'admission en cas de SDRE, puisque l'arrêté préfectoral est rédigé sur la base d'un certificat médical produit par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil[1].

Cette capacité d'adaptation de la motivation aux attentes du mode légal SPI dépend également de ce que les médecins connaissent et anticipent des attentes du juge. D'autres mesures introduites par la loi de 2011 sont encore très peu stabilisées dans les pratiques, comme les « programmes de soins » utilisés également de manière très variée par les professionnels[2]. Ces situations font intervenir un comportement stratégique de la part des acteurs qui opèrent une sélection parmi les règles de droit à appliquer qui illustre la dimension *interactive* dans l'usage des règles de droit (Lascoumes et Serverin, 1988).

Dans l'ensemble, les professionnels reconstruisent la cohérence du cas *a posteriori* grâce à l'activité d'écriture du certificat qui contribue à mettre du sens dans les informations, parfois en pagaille, qu'ils détiennent. Emmanuelle Bernheim qualifie cette posture de déontologique : « *La norme formelle n'intervient qu'en aval de la décision médicale : ce sont plutôt le jugement et la pratique cliniques qui seront déterminants* […] *la norme formelle ne peut jouer qu'un rôle instrumental, un appui symbolique à une décision subjective* » (2013, p. 678). Dans la reconstitution, certains éléments sont estompés, alors que d'autres au contraire sont majorés pour donner plus de robustesse au cas et un meilleur alignement avec la catégorie légale à laquelle il correspond. Dans ce processus de lissage sont également effacées les négociations qui ont eu lieu avec le patient pour obtenir des informations ou bien au sujet des conditions

[1] La présence de l'Infirmerie auprès de la Préfecture de Police de Paris fait des SDRE à Paris un cas particulier que nous n'entendons pas traiter ici.

[2] Sur la question des programmes de soins, voir les travaux de Caroline Guibet-Lafaye (2014, 2016c, 2016b).

d'hospitalisation (voir Velpry, 2008, p. 264-268). Alors qu'un certificat donne à voir une seule décision psychiatrique qui apparaît comme évidente, celle-ci est parfois prise au terme d'une séquence d'évaluation des nombreuses alternatives possibles, à laquelle le patient est éventuellement amené à participer.

Les aménagements prévus par la loi permettent de la rendre compatible avec leur exercice médical hospitalier. Au-delà de leurs propres arrangements, les médecins sont également soutenus dans cette tâche par un important travail fourni par les secrétaires médicales.

b) Le travail des secrétaires médicales sur les dossiers, un travail d'articulation ?

Comme d'autres travaux l'ont montré dans le cadre de la recherche scientifique (Knorr-Cetina, 1981 ; Latour, 2013 ; Lynch et Woolgar, 1990), la production et la valorisation des connaissances au sujet de l'état de santé d'un patient sont loin d'être des activités solitaires (voir également le chapitre liminaire). Elle s'appuie sur un important travail collectif dans lequel intervient une série d'acteurs professionnels, dont le médecin, bien que rédacteur principal et signataire, n'est qu'un maillon d'une longue chaîne d'acteurs participant à la production des « bons certificats ». Cette activité, construite comme un faisceau de tâches multiples, dépend également largement de l'environnement matériel dans lequel elle se déploie (organisation géographique et outils techniques de communication, en premier lieu). Comme le note le psychiatre Patrick Chaltiel dans un article commentant le vote de la loi, une part importante de cette charge incombe aux équipes administratives de l'établissement[1] : « *L'exercice auquel nous soumet, au quotidien, la pratique d'un tel oxymore législatif est, on peut l'imaginer, pénible et complexe, pour les médecins et les soignants (au plan éthique et au plan du temps de travail) et, surtout, pour les agents médico-administratifs, soumis à une « débauche certificatoire » aggravée et à une permanente menace de judiciarisation.* » (Chaltiel, 2010)

Parce que le circuit décrit par un dossier est complexe, il relève nécessairement d'un « travail d'articulation » effectué par les professionnels en charge de la gestion de ce dossier.

[1] L'organisation du contrôle judiciaire relève d'abord de nombreuses exigences administratives comme le déplorait la sénatrice Muguette Dini, rapporteure du projet de loi lors d'une commission des affaires sociales : « *On nous a dit que pour remplir les obligations administratives qu'impliquera cette loi, il faudrait une à deux personnes à temps plein* » (extrait de la commission des affaires sociales au Sénat, le 3 mai 2011).

Dans la traduction française d'un article, Anselm Strauss décrit les activités de travail supplémentaires qui sont nécessaires à l'accomplissement coordonné des autres tâches permettant de décider et mettre en œuvre une *trajectoire* de soins pour un patient :

> « La gestion et la mise en forme d'une trajectoire impliquent le calcul l'exécution de nombreuses lignes de travail qui, à y regarder de près, sont constituées de groupes de tâches. Ensemble, tâches et lignes de travail constituent l'arc de travail anticipé pour une trajectoire donnée. Toutes deux appellent une « coordination », car elles ne s'organisent pas automatiquement d'elles-mêmes en séquences d'action et de temps appropriés. En d'autres termes, un travail supplémentaire – un travail d'articulation – doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli. » (Strauss, 1992, p. 191)

Anselm Strauss se réfère dans la suite du texte à la « surveillante générale » figure ancienne de la cadre de santé de proximité dans un service hospitalier aujourd'hui, chargée de coordonner les soins autour d'un patient. Dans notre cas, la *trajectoire* médico-légale de la personne apparaît comme largement supportée, organisée, et opérationnalisée par les secrétaires médicales de l'établissement. Elles participent en effet à l'*articulation* des tâches, en occupant une place pivot entre les différents acteurs impliqués dans la procédure d'hospitalisation sans consentement.

Dans le service 51 du CHS Paris, la secrétaire médicale historique du service, Jeanne Chaumont, est entièrement dédiée à cette tâche. Par son rôle central et son habileté technique pour créer des outils de mise en application, Jeanne Chaumont constitue un véritable relais prescriptif au sein de son service.

Encadré : Jeanne Chaumont, secrétaire médicale « La loi ici, c'est elle »[1]

Jeanne Chaumont est secrétaire médicale au service 51 depuis plusieurs décennies. Elle est fière de dire qu'elle a « *exercé sous les trois grandes lois* » (1838, 1990 et 2011). Cette expérience, ainsi que sa méticulosité dans l'exercice de son métier, lui confèrent des compétences essentielles au fonctionnement du service.

Elle est en quelque sorte la « scripte » du service. Dans le travail de Gwenaële Rot (2014) sur la vie de plateau dans la production cinématographique, c'est dans le rôle de la scripte que convergent toutes les fonctions de conception, de production, et de conservation. De la même manière, cette secrétaire médicale est la mémoire du service. Comme la scripte, elle est un rouage constitutif du secteur lorsqu'il « tourne bien ». Sa prévenance avec les médecins est un avantage non négligé par ceux-là et les initiatives qu'elle prend pour régler

[1] Alors que j'arrive en tant que toute jeune enquêtrice dans ce service pour étudier « la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », la cheffe de service me confie dès le premier jour à Jeanne en m'expliquant « la loi ici, c'est elle ».

les situations litigieuses sont également appréciées. Elle produit également la trame des documents, les range et les envoie à qui de droit.

La secrétaire maîtrise une série de zones d'incertitude particulièrement cruciales pour le service. Elle connaît les attentes de la loi de manière générale, mais est aussi attentive aux appréciations singulières des juges qui siègent dans la juridiction de l'établissement. Cela la conduit à être la figure d'autorité du service pour la dimension rédactionnelle des certificats. Elle peut dire quand un certificat est mal rédigé ou quand les informations au sujet d'un patient sont flottantes. Elle a notamment rédigé un guide d'une quinzaine de pages lors de la mise en vigueur de la loi et qu'elle continue d'amplifier à mesure que les dispositions évoluent ou qu'elle remarque de nouveaux écarts à la norme. Ce guide répertorie de manière très pratique les différentes exigences de ce à quoi elle se réfère sans cesse comme « la loi » (des extraits de ce document sont fournis ci-dessous).

En plus des secrétaires médicales en service, le « bureau de la loi » désigne un bureau où travaillent deux secrétaires médicales pour tout l'établissement. Ce bureau est désigné ainsi par métonymie : c'est dans cet espace qu'est gardé le « Livre de la loi », exigence légale depuis 1838, qui désigne le registre dans lequel sont répertoriées toutes les admissions par ordre chronologique. Avant la mise en vigueur de la loi de 2011, une seule secrétaire parvenait à effectuer tout le travail d'archivage pour l'établissement. Depuis la systématisation du contrôle judiciaire, deux secrétaires médicales sont nécessaires pour effectuer les saisines et poursuivre l'archivage multi-formats des pièces médico-légales.

Extrait journal de terrain, CHS Agnès Masson, mars 2015

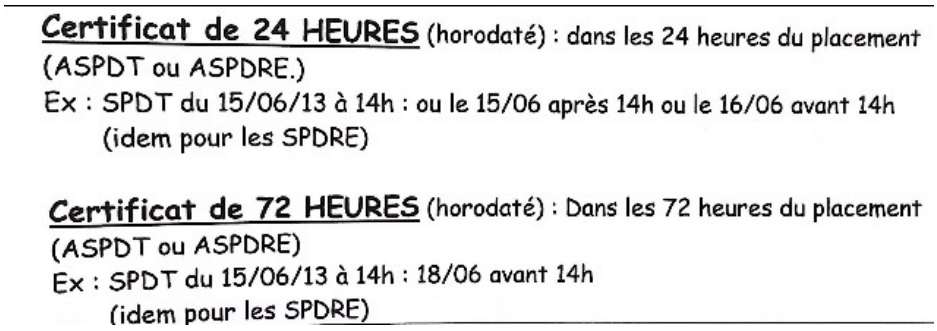
Dans le cadre des admissions et de la préparation de l'audience, Yolène Traoré reçoit des certificats médicaux de la part des secrétaires médicales des services – en 2015, beaucoup de certificats médicaux sont rédigés à la main. À partir de ceux-ci, Yolène Traoré tape une décision d'admission qu'elle soumet avec les certificats à la direction de l'établissement qui est chargée de signer la décision d'admission. Yolène Traoré enregistre le séjour sur le logiciel interne à l'établissement et engage le travail d'archivage sous deux formats papier supplémentaires. D'abord, elle ouvre une chemise cartonnée de couleur pour chaque nouveau séjour engagé, dans laquelle elle range au fur et à mesure tous les documents liés au mode légal de l'hospitalisation. Puis elle copie au format rétréci A6 les documents afin de les coller dans un registre monumental appelé le « livre de la loi »[1]. Arrivé le moment de la saisine, Yolène Traoré après vérification de la conformité des documents remplit la saisine au JLD, la fait signer à la direction puis la faxe elle-même au greffe du tribunal.

[1] Ces registres sont une obligation légale. Ils sont dans la continuité directe des registres prescrits par la loi du 30 juin 1838 (voir chapitre 3). Les Commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) ainsi que les juges peuvent en demander la consultation à tout moment.

La minutie avec laquelle cette professionnelle nous expose son activité pièce par pièce révèle la primauté de la gestion des écritures dans son travail. Yolène Traoré se trouve à une place pivot où elle est en contact avec une grande partie des acteurs de la chaîne bureaucratique des contraintes : les secrétaires médicales en service, la direction de l'établissement et le greffe du tribunal.

Yolène Traoré n'est que faiblement attentive au contenu des certificats. Jeanne Chaumont au contraire est particulièrement vigilante à deux écueils souvent reproduits par les médecins du service : la reprise à l'identique du certificat précédent ou l'utilisation de termes « *trop médicaux* » que l'on ne comprendrait pas « *comme palilalie* » - dans ce cas, elle propose des reformulations (« *répétition constante de mots ou syllabes sans sens associé* »). On voit ici que les deux points de vigilance touchent bien à la fois à la formalisation bureaucratique, au respect formel des normes, et à la détermination médicale de l'état de santé de la personne hospitalisée.

Jeanne Chaumont reconnaît que « *cette loi est beaucoup plus compliquée à respecter* » que la précédente (la loi du 27 juin 1990). S'enchevêtrent des problématiques touchant aux délais de production et de transmission des documents, à l'identité des médecins qui les rédigent, ainsi qu'à une série de « *détails techniques* » qui découlent des particularités de chacun des modes légaux de l'admission. Le guide pratique rédigé par la secrétaire contient une série d'éléments qui lui permettent de respecter et de faire respecter la règle. Les éléments sont destinés à la fois à la pratique de la secrétaire médicale (elle ou une autre en cas d'absence) et aux médecins eux-mêmes. Quand c'est nécessaire, elle montre le guide à un médecin récalcitrant à se conformer aux conseils qu'elle profère. Ces consignes touchent par exemple à la manière de calculer les délais entre deux certificats :

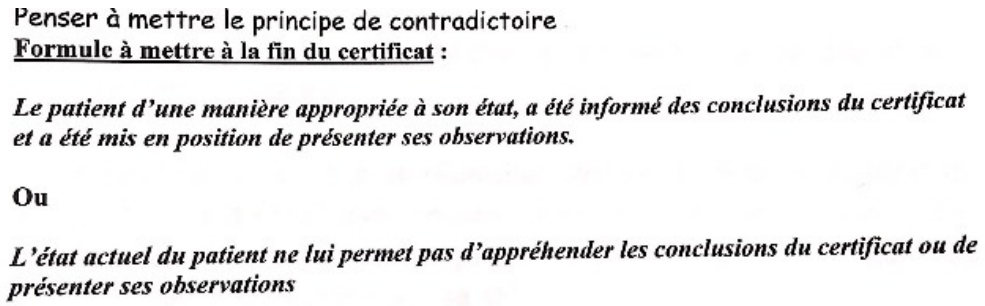

Certificat de 24 HEURES (horodaté) : dans les 24 heures du placement (ASPDT ou ASPDRE.)
Ex : SPDT du 15/06/13 à 14h : ou le 15/06 après 14h ou le 16/06 avant 14h
(idem pour les SPDRE)

Certificat de 72 HEURES (horodaté) : Dans les 72 heures du placement (ASPDT ou ASPDRE)
Ex : SPDT du 15/06/13 à 14h : 18/06 avant 14h
(idem pour les SPDRE)

La gestion des délais entre les certificats ou computation est devenue un exercice métrologique de précision avec la loi du 5 juillet 2011 et ses modifications de 2013[1]. Ainsi, pour les respecter, Jeanne Chaumont multiplie les outils qui lui permettent de garder le compte

[1] Tous les acteurs s'accordent sur cette difficulté.

des jours des admissions. Un calendrier papier vient doubler les alertes qu'elle installe sur son ordinateur[1]. Toutes ces précautions permettent par plusieurs moyens d'insister auprès du médecin sur la nécessité de faire un certificat ou d'ajouter une formule spécifique, comme dans le cas du prochain extrait de son guide pratique.



Penser à mettre le principe de contradictoire
Formule à mettre à la fin du certificat :

Le patient d'une manière appropriée à son état, a été informé des conclusions du certificat et a été mis en position de présenter ses observations.

Ou

L'état actuel du patient ne lui permet pas d'appréhender les conclusions du certificat ou de présenter ses observations

La présence de la formule entièrement rédigée permet de présenter la règle de manière dépersonnalisée (ne pas porter le poids du contrôle) et très peu contraignante : il suffit de recopier. Pour s'en assurer Jeanne Chaumont dispose encore d'un autre moyen de coercition puisque c'est parfois elle qui tape les certificats à l'ordinateur. La loi prévoit que dans le cas des SDRE les certificats doivent nécessairement être tapuscrits. Pour les autres modes légaux, ils peuvent être rédigés à la main, mais Jeanne Chaumont et la direction des usagers privilégient le format tapuscrit. Cette fonction de recopiage est un lieu important de correction des erreurs ou des oublis. Elle vérifie également que les mentions obligatoires (comme celle ci-dessus qui concerne le contradictoire) sont bien présentes.

> « Pour les mentions obligatoires, je les rajoute j'avoue. Mais c'est aussi que je leur ai dit aux médecins, ça sert à rien qu'ils l'écrivent à la main alors que je vais retaper à l'ordinateur et moi la formule je la copie-colle. Certains la mettent, c'est bien parce que ça fait partie des exigences [...] L'autre chose, c'est qu'on a créé des trames qui sont accessibles sur le serveur de l'hôpital. Donc, les médecins s'ils veulent écrire tous seuls, ils sont censés utiliser ces trames – et là-dessus on a mis tout ce qu'il fallait. Donc normalement… Après, moi, je leur dis, ça ne me dérange pas de les taper les certificats, souvent c'est très court et puis ça me permet de garder mes comptes ».
>
> Jeanne Chaumont, secrétaire médicale, service 51, février 2015

La trame ici évoquée a été mise en place avec le concours de la direction des usagers du CHS Paris dès les premiers mois de vigueur de la loi. Elle participe de ces nombreux dispositifs de mise en application de la norme au niveau des services de soins. Loin d'être abstraite ou formelle, elle fait intervenir des acteurs rompus à cet exercice, à l'image des secrétaires

[1] La distinction entre « écritures pour soi » et « écriture pour autrui » (voir Fabre, 1993) prend ici tout son sens.

médicales, dont le rôle apparaît essentiel à la mise en œuvre concrète des normes au sein des services. La mise à disposition d'une trame et la fonction de recopiage de Jeanne Chaumont sont deux outils permettant de renforcer le respect de la norme. Ils illustrent ces « *appuis techniques et humains* » (Denis, 2007) essentiels à la circulation de la règle.

Si nous avons décidé de nous concentrer ici sur le service 51 et le rôle de Jeanne Chaumont, dans chaque établissement où nous avons enquêté, les secrétaires médicales des services apparaissent comme des relais prescriptifs essentiels. Dans l'établissement Madeleine Pelletier, elles sont présentes lors des transmissions du matin et informent à cette occasion l'équipe des certificats à produire. Elles prennent là aussi en charge une partie du travail narratif que demande la rédaction du certificat, comme le Dr Varoufis d'origine étrangère le reconnaît : « *Elles [les secrétaires médicales] ont une expérience à faire le certificat. Après moi, je suis étranger, je fais des erreurs et elles me les corrigent. Quelquefois, elles peuvent dire que c'est pas l'habitude de l'écrire comme ça.* » (Dr Varoufis, établissement Madeleine Pelletier, avril 2019).

En résumé, il apparaît que les secrétaires médicales des services de soins sont un relais prescriptif essentiel dans le respect de la règle. Elles-mêmes sont soutenues dans cette tâche par d'autres arènes de vérification à l'échelle de l'établissement. On voit ici que les équipes administratives de l'établissement ne se contentent pas d'*articuler* le travail du respect de la règle, mais participent largement à faire valoir la bonne norme au sein de l'établissement[1].

Cette délégation de la charge administrative à l'équipe administrative n'a rien d'étonnant et permet de respecter les compétences de chaque corps professionnel au sein de l'établissement. Les juges sont d'ailleurs, dans l'ensemble, très conscients et apprécient cette division du travail au sein des établissements – elle correspond dans une large mesure à la division du travail au tribunal entre juges et greffiers.

> « On a des exigences qui sont plutôt rédactionnelles, plutôt. Après tout ce qui est de l'ordre de l'administratif, c'est pas eux, les médecins, qui gèrent tout ça. Et d'ailleurs le représentant à l'audience c'est toujours un cadre administratif qui fait la gestion des entrées tout ça. Ils sont quand même bien au fait des nécessités procédurales et

[1] À bien des égards, les médecins rédigeant des certificats médicaux à l'attention des juges nous rappellent les médecins de Pierre-André Juven (2013, 2016a), dont il est attendu qu'ils codent correctement leur activité afin de la valoriser proprement dans le cadre d'un financement par l'Assurance maladie à l'activité. De hauts contreforts sont installés autour d'eux également afin de coder « à leur place » les séjours hospitaliers. Cette activité semble comparable aux reprises des certificats par les secrétaires médicales. Ces activités sont essentielles au bon fonctionnement de l'hôpital : dans un cas pour que les activités de soins produites soient financées, dans l'autre pour éviter que le juge ne lève les hospitalisations décidées par les médecins.

> puis à chaque fois qu'il y a des couacs ils savent comment faire pour que ça marche mieux. »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Au-delà des aspects proprement « administratifs » ou formels de la constitution des dossiers, les secrétaires médicales des établissements participent également à co-définir la description de l'état de santé mental du patient en collaboration avec l'équipe médicale. La description de l'état de santé mentale visée par les certificats est au cœur du processus de contrôle judiciaire des décisions d'hospitalisations et remplit une fonction précise de justification de la décision d'hospitalisation sans le consentement de la personne. Il s'agit de produire un certain « cadrage de l'individu » (Dodier, 1993b, p. 91) spécifique à cette situation. Les certificats médicaux répondent à des règles de rédaction relativement strictes, induites par des valeurs cliniques, mais aussi judiciaires et administratives. Ces règles de rédaction croisées apparaissent structurellement en tension avec d'autres normes qui président à l'organisation du travail médical (Serre, 2008, p. 44-45), notamment concernant les délais et la question du secret médical.

Le rôle essentiel de Jeanne Chaumont dans le respect de la loi touche également à la bonne rédaction des éléments visant l'état de santé mentale de la personne. Malgré son caractère apparemment résolument médical, celle-ci doit répondre à quelques règles d'énonciation afin d'être rendue compréhensible. Pour Jeanne Chaumont, il est par exemple important de développer ce que le médecin entend par « idées délirantes ». Elle demande systématiquement de préciser sur quoi le délire est thématisé et surtout quelles sont les manifestations symptomatiques de ce délire : manifestations corporelles, avec hallucinations visuelles et/ou auditives ? Jeanne Chaumont nous explique pendant l'une de nos discussions qu'il ne s'agit pas d'une lubie personnelle : la réflexion lui a été faite par le personnel du greffe. Sur ce point aussi, Jeanne Chaumont connaît bien ceux qu'elle appelle « *ses* médecins ». Avec certains, elle s'autorise à critiquer l'emploi de certaines formules, alors pour d'autres elle sait que son effort sera vain.

> « Par exemple avec Dr X, là hier elle m'a écrit « contexte de dissociation psychique majeure » et c'est tout. Bon bah c'est pas très clair. Moi si je ne sais pas ce que ça veut dire « dissociation psychique majeure », ça va pas m'aider à comprendre pourquoi la patiente, qui apparaît comme « plus calme » à un autre moment, a toujours besoin d'une hospitalisation. Je lui en ai parlé et elle a précisé les choses en expliquant qu'il y avait « des idées délirantes », et que la patiente était « peu compréhensible ». Alors là dans sa nouvelle formule on comprend bien l'histoire : la patiente a été arrêtée par la police dans un contexte de crise, elle est arrivée à l'hôpital agitée, depuis qu'on lui donne un traitement elle est plus calme, mais

> comme elle est quand même encore incohérente ou peu compréhensible, on la garde. Là, ça me va. [...] Après y'en a d'autres, c'est comme tout… Je dis ça c'est comme si j'avais rien dit, ils vont me répondre : « bah le juge n'a qu'à lever et ils verront bien ». Bon, je vais pas me battre à chaque certificat. »
>
> Jeanne Chaumont, secrétaire médicale du service 51, février 2015

On comprend au travers de ces propos recueillis au cours de l'observation de son activité que Jeanne Chaumont prépare le travail de mise en récit qui est transmis au JLD puis énoncé au cours de l'audience. En cela, le travail de Jeanne Chaumont nous rappelle fortement les efforts d'alignement faits par les juges de proximité dans la préparation d'une audience (Weller, 2018, p. 56-65). On observe en effet, que les attentes énoncées par la secrétaire médicale au sujet du *bon certificat* sont assez cohérentes avec les attentes du juge :

> « Ce qui parfois m'énerve et qui n'a pas beaucoup de sens c'est quand on a des copier-coller sur tous les certificats. Le 24, le 72 l'avis motivé. On a l'impression d'avoir quelqu'un qui est là pour des troubles du comportement, qui est logorrhéique, qui a des problèmes d'excitation, ça je veux dire je peux le dire même de moi ou de tout le monde. Donc ça, c'est trois phrases dans le certificat médical avec quelque chose qui est finalement très vague et en soi pas forcément éclairant et un peu léger. Après je ne demande pas forcément un diagnostic, je sais qu'il y a des avocats qui disent « mais on n'a pas de diagnostic, mais qu'est-ce qu'il a exactement ? », moi ce n'est pas ce que je demande. Mais juste savoir un peu les conditions dans lesquelles on arrive, savoir pourquoi l'hospitalisation sans consentement elle a été mise en place, quelle est l'évolution dans le service, comment est la personne en entretien. Enfin la description … »
>
> Jugé Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Les JLD recherchent dans les certificats des appuis à la justification de l'hospitalisation qui ne prennent pas uniquement la forme d'un diagnostic, mais d'une description étayée, en actes, de la manière dont les troubles mentaux affectent la vie et le discernement de la personne.

2) Le rôle des institutions de régulation dans le réseau prescriptif

a) L'Agence régionale de santé (ARS) entre contrôle et appui juridique

Les établissements de santé sont également accompagnés par d'autres instances de régulation des écritures, d'ordre bureaucratique. L'Agence régionale de santé remplit une pluralité de fonctions. Plutôt que d'exercer sa fonction de contrôle que son rôle de tutelle prévoit, dans le cadre de la rédaction des certificats médicaux d'hospitalisation sans consentement l'ARS est un soutien à la fois logistique et légal pour établissements.

L'ARS et ses délégations territoriales (DT) sont en contact quasi constant avec les établissements à la fois pour la gestion de cas individuels, notamment les admissions en SDRE, mais également pour les accompagner à respecter au mieux cette nouvelle exigence. La DT reçoit tous les documents liés aux hospitalisations sans consentement, presque dès que ceux-ci sont rédigés. Pour les modes légaux autres que SDRE, les agents se contentent de relire les documents (souvent en diagonale) et de les archiver. En cas d'erreur manifeste ou répétée ou bien lorsque la réglementation évolue, les agents de l'ARS entrent en contact direct avec les directions d'établissements (éventuellement via le bureau de la loi) pour faire entendre la règle qu'il conviendrait de mieux respecter. D'après les agents de l'ARS comme les acteurs hospitaliers, ces relations ne sont pas conflictuelles, mais manquent tout de même de fluidité. L'administration revendique un travail de pédagogie relatif à la mise en œuvre de la loi de 2011 mené aux deux niveaux des DT et du siège régional de l'agence. Dans les premiers mois qui ont suivi le vote de la loi, l'ARS Île-de-France a été réactive pour accompagner les établissements dans le respect de la loi : « *J'ai assez vite fait de nouveaux documents qui se voulaient synthétiques pour permettre aux collègues de savoir ce qui changeait tout de suite.* […] *On a produit des notes aux directeurs en rappelant la computation des délais de saisine par exemple…* » (Conseiller juridique à l'ARS IDF, janvier 2015).

Les tribunaux remontent parfois des informations aux ARS au sujet de telle ou telle procédure de moins en moins bien respectée, ou à propos d'écarts à la norme qui se répètent trop souvent. Au moment où nous menons la première enquête, en 2015, un avocat parisien, Maître Tripier, a soulevé une irrégularité qui selon lui « *pourrait annuler toutes les hospitalisations prononcées, en tout cas dans les plus gros établissements d'Île-de-France depuis des mois* ». Il s'agit d'une absence de délégation de signature, autorisant les personnes représentant le directeur d'établissement à signer en lieu et place du directeur les admissions en hospitalisation sans consentement. Lorsque cette irrégularité a été soulevée, lors d'une audience JLD en appel, l'ARS a immédiatement été mise au courant. Le point soulevé touchait l'un des plus gros établissements parisiens et en vérifiant cette procédure, l'ARS a détecté d'autres établissements qui présentaient des délégations de signature non conformes. L'ARS Île-de-France a pris contact avec chacun des établissements pour rappeler les procédures : « *Toutes ces procédures on vient de les rappeler avec une lettre aux établissements. On a rédigé une lettre que j'ai fait signer à mon Directeur général et on a transmis tout ça aux établissements.* » (Agent au pôle des soins sans consentement d'une DT de l'ARS-IDF, 2015). De manière générale, le travail d'amplification, permis par le recueil de tous les dossiers de contrainte du

département, ainsi que leur connaissance des spécificités du territoire, permettent aux agents de l'ARS de développer une expertise particulière sur les dossiers et d'édicter des normes d'application locales.

Les ARS agissent également comme « secrétariat de la préfecture » dans les cas des Soins à la demande du représentant de l'État. Les agents du pôle soins sans consentement de la DT reçoivent les certificats médicaux des SDRE et les traduisent en arrêtés préfectoraux[1]. Ces arrêtés sont ensuite relus et signés par le préfet.

> « Notre service s'occupe presque uniquement des SDRE, on travaille avec le préfet, on rédige les arrêtés pour le préfet pour qu'il n'ait plus qu'à signer. Il y a délégation à l'ARS pour faire ce travail-là. On est ARS donc, autorité de tutelle des établissements de santé, mais aussi conseiller du préfet [...] Donc c'est les SDRE la priorité, avec 10 ou 20 dossiers par jour à envoyer au préfet. Alors on va des décisions d'admissions, aux arrêtés de maintien et puis les décisions de sortie demandées par médecin. On doit rédiger une note au préfet et un refus éventuellement. Les médecins envoient à l'ARS et nous, on transmet au préfet. Et on donne une piste de réponse au préfet, avec ce qu'il y a sur le certificat médical. Dans la pratique, on en discute beaucoup avec les services des établissements. Les psychiatres ou les agents dans les établissements. »
>
> Pôle soins sans consentement, ARS IDF, mars 2015

Les relations rapprochées avec l'ARS et le préfet que supposent les admissions en Soins à la demande du représentant de l'État sont un enjeu organisationnel supplémentaire pour les équipes hospitalières et entravent fortement la prise en charge de leur point de vue. Pour une sortie de courte durée, une sortie sèche ou la mise en place d'un programme de soins, les médecins doivent préalablement rédiger une demande auprès du préfet. Les arrêtés pris par les préfets suivent le plus souvent les avis médicaux. Toutefois, cette cohérence des décisions n'est pas assurée et deux écarts posent problème aux équipes de soins : d'abord, le délai d'obtention de l'arrêté qui empêche parfois la réalisation de l'aménagement, en second, la difficulté à clore la mesure de contrainte. Lorsqu'il s'agit d'organiser des aménagements des conditions de prise en charge rapidement, pour une sortie d'essai ou une sortie de courte durée par exemple, le passage par le préfet s'avère être un obstacle important dans la temporalité de travail du service soins. Les médecins regrettent que le préfet soit souvent plus dur en ce qui concerne les aménagements des conditions d'hospitalisation. Les équipes ont également du mal à obtenir la

[1] Le rôle de rédacteur des arrêtés préfectoraux apparaît paradoxal avec celui de tutelle des établissements. Cette amalgame renforce l'image des ARS comme « préfet de la santé », redoutée par les professionnels (voir Knaebel et Bellahsen, 2020). Les saisines du juge en cas de SDRE sont effectuées *via* les ARS.

clôture de la mesure de contrainte. Ces exigences aux apparences bureaucratiques ont finalement des effets très concrets sur les pratiques et l'organisation du travail – ainsi que sur les individus pris en charge.

Les SDRE sont considérés comme une modalité particulièrement problématique pour les professionnels. L'enjeu n'est pas exclusivement organisationnel, mais touche également à la répartition des pouvoirs et des savoirs qui sous-tend cette modalité de soins, plutôt défavorable aux médecins. La modalité légale SDRE est réservée aux patients admis dans un contexte de « trouble *grave*[1] de l'ordre public ». Cette notion est assez lâche et permet de faire entrer une pluralité de situations dans cette catégorie de soins. Il y a une « gradation » dans la dangerosité que les patients peuvent ou pourraient représenter pour l'ordre public. Les médecins se méfient de l'autorité préfectorale, détentrice du pouvoir d'enfermement notamment, puisque cela tend à « fixer la dangerosité » des patients, là où le psychiatre veut pouvoir évaluer l'évolution du comportement de la personne hospitalisée. Ces éléments permettent d'expliquer concrètement ce qui affecte les relations des équipes hospitalières avec le personnel de l'ARS, véritablement constitué en secrétariat du préfet. Outre les restrictions imposées par le préfet dans les décisions médicales, l'ARS conserve un fonctionnement très bureaucratique et parfois légaliste qui déplaît aux établissements hospitaliers et aux tribunaux. Les équipes hospitalières affirment que les ARS sont parfois trop éloignées des enjeux cliniques et bureaucratiques propres aux établissements.

b) La Haute Autorité de Santé (HAS), une formalisation proprement médicale des normes d'écriture ?

La Haute autorité de santé (HAS) est créée par une loi de 2004, remplaçant l'Agence nationale l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES)[2]. Depuis 2013, elle est dotée d'un programme « psychiatrie et santé mentale ». Sur le thème des soins sans consentement, il s'agit de proposer un outil d'aide à la rédaction des certificats ainsi qu'un « *outil d'amélioration des pratiques* » visant notamment l'information donnée aux patients. Elle engage un processus de formalisation des règles d'écriture concernant les certificats aboutissant en mars 2018 à la

[1] La loi du 4 mars 2002 instaurait la notion de *gravité* dans l'atteinte à l'ordre public dans l'indication d'hospitalisation d'office de la loi de 1990. Elle précise également le caractère thérapeutique de la mesure décidée par le préfet.

[2] Elle-même faisant suite à l'Agence national pour le développement médical (ANDEM) qui existe de 1984 à 1996).

publication d'une « Fiche Mémo d'aide à la rédaction des certificats et avis médicaux ». Le processus d'élaboration de la fiche[1] est tout aussi intéressant que son contenu pour montrer la capacité rationalisatrice de la HAS et ses limites.

Le préambule du rapport d'élaboration fait état du « *caractère sommaire de certains certificats* » (p.7) fâchant juges et préfets d'un côté et de l'autre des injonctions en apparence contradictoires auxquelles doivent se plier les médecins rédacteurs (entre respect du secret médical et justification de la mesure). C'est ainsi qu'est justifié le recours à la HAS par le biais de la Direction générale de la Santé (DGS) « *afin que soit menée une réflexion conciliant les opinions et les besoins des différents intervenants (Santé, Justice, Intérieur, etc.) permettant aux psychiatres de répondre à l'exigence de produire des certificats ou avis médicaux suffisamment circonstanciés pour fonder la légalité des décisions administratives ou judiciaires* » (p.7). Pourtant, on s'étonne d'observer une si faible proportion de magistrats à la table de travail[2]. Un élément attire d'ailleurs particulièrement notre attention. La large représentation médicale (dans la distribution des membres des deux groupes ainsi que dans le nombre de commentaires émis) a également tendance à confirmer ce qu'anticipaient Daniel Benamouzig et Julien Besançon (2005) : la HAS « *favorise un redéploiement de la juridiction médicale au nom d'une contestation initiale de son autonomie* ». Le processus de concertation pluridisciplinaire devrait permettre de déconfiner l'expertise médicale au profit d'acteurs (de leurs savoirs et expériences) issus de *champs d'expertise* diversifiés. Toutefois, le réinvestissement formel opéré par les médecins produit un effet paradoxal en donnant une légitimité institutionnelle, technique et aux apparences consensuelles (voire démocratiques) à leurs pratiques de rédaction.

Sur le fond, la fiche-mémo rappelle d'abord les modes légaux d'admission et demeure peu précise sur le respect des délais. Elle précise surtout le contenu du certificat, sur le fond, en le schématisant en quatre grandes parties : « Décrire la symptomatologie constatée » ; « Justifier si le tableau clinique relève de soins psychiatriques » ; « Décrire la capacité ou non

[1] Le rapport d'élaboration est accessible ici : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_-_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_cons.pdf

[2] Le *groupe de travail* (21 personnes) nommé en septembre 2015 a été confié, en plus d'un responsable interne à la HAS à un enseignant-chercheur en droit spécialiste de la question des soins sans consentement (Éric Péchillon) et une avocate et professeure des universités en droit spécialisée dans la santé (Maître Lina Williatte). L'essentiel des membres du groupe de travail sont ensuite neuf médecins psychiatres, trois directeurs d'hôpitaux, des agents de l'ARS et des préfectures, une représentante du ministère de la Justice, un avocat et un représentant d'usagers.

de la personne à consentir aux soins » ; « Conclure : choix de la mesure de soins ». À chaque item correspondent des conseils techniques sur le type d'information que cela suppose. Les attentes ainsi formulées sont surtout formelles, et répondent à des règles d'ordre rédactionnel. Il n'est pas recommandé aux médecins de recourir à tel ou tel critère de jugement pour prendre une décision, mais de *justifier* correctement.

Là encore, il apparaît que les dérives technocratiques de la HAS redoutées se réalisent : « *Loin de favoriser une évolution vers la « démocratie sanitaire », le modèle d'expertise procédurale adopté par les agences renforce une expertise technocratique* […]. *Soucieuses de respecter les exigences formelles, les agences pourraient transformer leur moyen en fin et voir la procédure initialement conçue comme garantie de transparence se muer en conformité formelle à des standards. L'exigence procédurale se transformerait en exercice procédurier, aux dépens des soucis démocratiques initialement visés* » (Benamouzig et Besançon, 2005, p. 319).

C. « De l'huile dans les rouages » : les efforts de coordination pour la mise en œuvre de l'action publique ou la redéfinition organisationnelle des logiques institutionnelles entre hôpital et tribunal

L'urgence dans laquelle le Parlement a voté la loi de judiciarisation du contrôle en 2011 (voir chapitre précédent) explique au moins en partie l'impréparation des acteurs dans sa mise en œuvre. Si les médecins et les établissements hospitaliers doivent répondre à de nouvelles exigences, il en est de même pour les professionnels du tribunal alors que la loi ne prévoit pas de dotation supplémentaire pour les institutions judiciaires, déjà exsangues par des manques de moyens devenus structurels[1]. Afin d'affronter l'extension de leur domaine de compétences, les institutions de justice ont donc un intérêt particulier à travailler en collaboration avec les hôpitaux pour mettre en œuvre le contrôle judiciaire (Seltensperger, 2010). Comme en témoigne un conseiller juridique de l'ARS, les différentes institutions ont collaboré dès les premiers mois de vigueur de la loi pour faire en sorte qu'elle soit mise en œuvre :

[1] Le manque de moyens dans l'institution judiciaire a tendance à s'accroître à mesure que le recours à celle-ci augmente. Le processus de judiciarisation, désignant « *un recours accru au droit comme mode de régulation, et la sollicitation de l'institution judiciaire pour régler les conflits* » va de pair avec la managérialisation de la justice, désignant le recours « *à des pratiques et instruments permettant d'accroître l'efficience et la célérité de la justice* » (Vigour, 2018, p. 291, voir également 2008, 2011).

> « On a en 2011 des demandes de la justice qui souhaitait diffuser l'information, en termes d'amélioration de formalisation des certificats médicaux, on a collaboré dans ce cadre-là. On a des médecins et des directeurs qui d'un jour à l'autre se retrouvent confrontés au contrôle systématique de leurs pièces, et on a face à ça des avocats qui viennent soulever les moindres irrégularités, comme au pénal. Il y a eu des mainlevées au début, mais… Les cours d'appel ont essayé de prendre les devants pour améliorer les pratiques et prévenir les irrégularités. Ça s'est traduit par des rencontres »
>
> Conseiller juridique, ARS IDF, janvier 2015

Dans ce cadre, les équipes administratives des établissements entretiennent des relations assez fréquentes avec les greffières des tribunaux afin de fluidifier l'organisation du contrôle (1). Au-delà des appuis logistiques, des rencontres permettent de renforcer l'interconnaissance entre les deux groupes professionnels et les familiariser à leurs logiques propres (2). Ces relations se nouent dans les interstices du texte de loi, et avec l'objectif de mieux le respecter. Les avocats occupent enfin une position à peine plus ambivalente dans ce réseau (3).

1) Un effort organisationnel déployé conjointement par le greffe du tribunal et les établissements

Au cœur du palais de justice, le greffe est d'abord l'organe en lien avec les magistrats chargés de contrôler les procédures de maintien des hospitalisations. En cela, on s'attend *a priori* à ce qu'il conserve une position de neutralité. Au contraire, on voit émerger des formes de coopération qui président au bon déroulement du contrôle judiciaire, notamment dans les relations que les agents du greffe entretiennent avec les équipes administratives des établissements de soins. Les greffières collaborent également activement avec les services hospitaliers dans l'objectif d'accroître la qualité des dossiers afin de rendre leur travail et celui des juges plus aisé. Partant, elles participent à limiter le nombre d'erreurs et donc de levées prononcées par les juges.

Le contenu des échanges entre le greffe et les établissements est variable. Parfois Yolène Traoré, depuis le bureau de la Loi du CHS Paris téléphone pour prévenir qu'une saisine arrivera avec une journée de retard pour que le greffe puisse prévoir un cas supplémentaire au planning des audiences. D'autres fois, les secrétaires médicales posent des questions au greffe du tribunal. Lors de l'observation d'une audience en appel dans la juridiction parisienne, nous

avons eu l'occasion d'échanger avec les greffières du tribunal parisien[1]. L'une d'entre elles nous confie que ces relations rapprochées avec les secrétaires médicales des établissements rendent leur travail plus aisé. Elle apprécie particulièrement que les services posent des questions très précises auxquelles elles peuvent préparer des réponses avec le ou la juge, avant que cela ne soit soulevé par les avocats.

Encadré : « Veiller au grain », petite sociologie du greffe

Le métier de greffier, un rouage pourtant essentiel à la bonne administration de la justice n'a fait l'objet que de peu d'intérêts en propre de la part des sociologues. Le dernier rapport de la Mission recherche Droit et justice consacré à la « professionnalité des greffiers » date de plus de vingt ans (Darty, Froissart et Ménard, 1997)[2] ; et une thèse de sociologie leur étant consacrée a été soutenue en 2003 (Bossis, 2003). Des travaux plus récents s'intéressent à la très grande particularité des greffiers qui travaillent au sein même des prisons à des tâches variées comme le traitement des requêtes des prisonniers (Durand, 2019), la production de statistiques (Henneguelle, 2017) ou l'enregistrement des entrées et des sorties de détenus (Salle et Moreau de Bellaing, 2010). Un article montre également la particularité des greffiers de la CEDH (Salvia, 2008), dont le rôle professionnel accru explique un recrutement social qui apparaît différent des greffiers français par exemple. Enfin, dans le cadre d'une recherche collective sur la justice aux affaires familiales, Sabrina Nouiri-Mangold (2012) s'intéresse aux pratiques orales et écrites des greffières affectées à cette chambre (voir aussi Le collectif Onze et Le collectif Onze, 2013, p. 35-40 et 149-154).

En France, le concours de greffier est aujourd'hui ouvert aux titulaires d'un Bac+2, mais dans les faits la plupart des candidats au concours sont titulaires d'un Master de droit (Bac+5). Le concours donne accès à l'École nationale des greffes créée en 1974 et installée à Dijon. Ce mouvement de professionnalisation croissant démarre notamment dans les années 1960 par une loi offrant le statut de fonctionnaire de catégorie B à tous les greffiers. Secrétaires administratifs (catégorie B) et adjoints administratifs (catégorie C) sont des fonctions accessibles par voie de concours et gonflent les effectifs du greffe, placés sous la direction d'un greffier en chef (catégorie A). Aujourd'hui, 80% de l'effectif entrant à l'école sont des femmes.

Au-delà de cette présentation, le statut, le rôle et l'organisation des services de greffe sont très diversifiés et dépendent largement du domaine de droit dans lequel ils œuvrent et des

[1] En 2015, lors de notre première enquête, les audiences JLD se tiennent encore au tribunal de grande instance de Paris sur l'île de la Cité. Si c'est toujours le cas pour les audiences en appel, les audiences de première instance se tiennent désormais, et depuis 2016 environ systématiquement dans une salle dédiée au sein de l'établissement d'accueil. Dans certains territoires, lorsque plusieurs établissements de petite taille se trouvent dans la même juridiction, les audiences se tiennent dans un seul établissement et les patients sont transportés dans l'établissement où se tient l'audience pour y participer.

[2] Notons également que la Mission recherche droit et justice a diffusé un appel à projets en 2015 au sujet de « l'évolution des métiers de la justice en France et en Europe », dans lequel était explicitement proposé de travailler sur les greffiers (ainsi que les magistrats du parquet, les JLD, et les surveillants pénitentiaires (AAP accessible au lien suivant : http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2015/01/appel-%C3%A0-projetsM%C3%A9tiers-V51.pdf).

conditions locales d'exercice. Une définition générale reconnaît les greffiers comme les seuls agents du tribunal en relation avec toutes les parties au procès et les acteurs auxiliaires de justice (police et experts par exemple) et agit à toutes les étapes de la procédure. De *graphein*, « écrire » en grec, les greffiers sont chargés de tenir les registres, recevoir, classer et organiser les pièces de la procédure ; lors de l'audience, ils retranscrivent les échanges puis dressent le procès-verbal de la procédure ; ils authentifient les actes et garantissent la procédure.

Ces éléments de cadrage permettent de comprendre le métier de greffier en creux, mais pas en détail. Cette thèse n'a pas l'ambition de faire une sociologie de la profession ou du travail des greffières, mais entend néanmoins mettre en exergue la centralité de leur travail dans l'activité du jugement judiciaire. Pour cela, nous avons procédé à de nombreux échanges avec Marianne Vaquer, greffière « aux HO » (pour hospitalisations d'office, appellation locale du service du greffe dédié à la question des soins sans consentement) dans le tribunal de la juridiction du CHS du Rhône. En février 2018, nous nous sommes rendus au tribunal de la juridiction du CHS du Rhône à plusieurs reprises pour des entretiens avec des juges et des avocats (souvent organisés avec le concours de Marianne Vaquer). Ces échanges très fructueux nous ont permis d'organiser enfin une journée d'observation du travail de greffe afin d'observer les activités liées à la préparation des audiences du JLD.

Nous avons effectué deux autres entretiens informels avec des greffières dans d'autres juridictions. Les propos ainsi recueillis sont largement cohérents avec ceux de Marianne Vaquer. Pour souligner l'importance de l'ancrage local des relations organisationnelles entre le greffe et les autres acteurs de la chaîne des contraintes, nous décidons de nous centrer sur une seule juridiction.

Le premier entretien avec Marianne Vaquer commence par une définition du métier de greffier :

> « En fait, le greffier, lui, ce qu'il fait c'est qu'il s'occupe de la phase procédurale donc… nous on est là pour veiller… à garantir le respect de la procédure, ce qui fait qu'on travaille sur l'avant-audience, la préparation qui est en soi la partie la plus importante et le plus gros du travail aux HO, c'est là où il va falloir être le plus vigilant. Parce qu'on prépare tous les dossiers de telle manière à ce que quand on arrive en audience tout soit prêt et du coup il faut veiller au grain, voilà. »
>
> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, janvier 2018

Au-delà de ce travail scriptural que nous décrivons dans la suite, le greffe est également chargé de contacter le tiers dans le cas des procédures en SDT. Le contact se fait par téléphone le plus souvent ; lorsque cela doit se faire par courrier postal (en l'absence de numéro de téléphone), la greffière regrette que le délai soit trop court pour permettre à la personne de se déplacer : « *ce qui est complètement stupide puisqu'il va recevoir son courrier 4 jours après du coup il va être énervé, ce qui est normal* ». Marianne Vaquer entre également en contact avec

le personnel hospitalier lors de la préparation de l'audience. Au CHS du Rhône, c'est une cadre de santé qui est chargée d'administrer « les admissions » et qui représente l'établissement lors des audiences. Elle constitue un contact privilégié pour Marianne Vaquer qui insiste sur le fait que « *ça se passe très bien* ». Les relations étroites avec les services hospitaliers permettent de s'assurer de la complétude des dossiers.

Si les certificats manquent rarement à l'appel, d'autres situations nécessitent de recourir au téléphone pour organiser l'audience efficacement. Lors des observations au greffe, nous avons assisté à des appels téléphoniques des services administratifs des deux établissements. Le premier concernait un patient qui avait quitté l'hôpital entre le 8e et le 12e jour de son hospitalisation ; bien que la saisine du juge avait été faite par l'établissement, ce dossier n'allait pas être traité en audience. Le second appel concernait un maintien en hospitalisation SDRE pour lequel l'administration voulait s'assurer que la saisine du juge avait bien été effectuée par l'ARS.

> « Alors c'est ça qui est difficile, hein, c'est que c'est un traitement de masse, mais on est vraiment dans l'urgence quoi, c'est-à-dire que là vous voyez, la responsable du bureau des entrées [du CHS du Rhône] m'a appelée tout à l'heure pour me dire "Voilà on te fait passer un dernier dossier" il était midi parce que y a un patient qui va être transféré dans une autre unité, dans un autre département, du coup il faut que le contrôle à 12 jours se soit fait avant parce que sinon c'est galère pour l'autre département de s'organiser et 12 jours ça arrive très vite »
>
> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, janvier 2018

L'activité interactionnelle du greffe du tribunal pose des questions du point de vue de l'accès aux droits. Selon Marianne Vaquer, l'attention qu'elle porte à présenter au juge des dossiers complets est au cœur de son métier de greffière. On comprend aisément que les différents membres de l'établissement hospitalier travaillent de concert à l'augmentation de la qualité des dossiers, pour éviter les levées de soins. Mais le greffe du tribunal appartient à l'instance judiciaire chargée de contrôler ces dossiers. En agissant de la sorte, le greffe et les magistrats, qui valorisent ce comportement de la part du greffe, apparaissent comme des alliés des établissements de soins dans le respect de la loi.

Lorsque le dossier est complet, le greffe enregistre la requête au Registre générale avec son numéro de RG. « *Et puis après on a un minutier qu'on appelle et toutes les minutes et toutes les décisions en original sont rangées et répertoriées, et une fois qu'on a enregistré* via *cet applicatif, le dossier, alors nous entre nous on dit on va préparer des décisions…* ». Il s'agit après cette inscription au greffe de transmettre les dossiers au Procureur avant la tenue de l'audience.

> « Je descends, il regarde les avis avant audience [certificat médical du 8e jour ou avis motivé], il regarde le positionnement du médecin, ça peut être assez rapide. Sur les gros dossiers il va être un peu plus attentif, poser des questions s'il faut, s'il y a des couacs de procédure là par contre il va un peu... il va un peu taper du poing sur la table s'il faut et puis sinon c'est assez rapide pour lui. On suit l'accord du médecin et puis on regarde si la procédure est carrée, donc par exemple si la procédure n'est pas carrée, moi j'arrive en bonne petite greffière je dis "Monsieur le procureur, il manque l'avis avant audience ici, y a pas l'avis du collège ici, du coup, c'est pas très bien. » Et là il va… il va s'énerver, auquel cas il peut appeler l'ARS, ça peut arriver, après tout c'est aussi son rôle, c'est son job de faire ça. Il peut également faire des réquisitions en main levée si dans le certificat d'avant audience le médecin va vers une levée. C'est possible, ça arrive rarement parce que... souvent quand y a des levées ou des transformations en soins ambulatoires on le sait déjà »
>
> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, janvier 2018

Elle insiste ici sur le rôle du Procureur, qui peut à son tour saisir les autorités ayant commis une erreur dans le dossier. Là aussi, il semble que du point de vue du travail il soit plus efficace de régler le problème de manière informelle plutôt que de rédiger des réquisitions, qui peuvent être écartées par le juge.

Une fois les éventuelles réquisitions du procureur ajoutées, le dossier est prêt pour le juge. La veille de l'audience, Marianne Vaquer apporte les dossiers de l'audience du lendemain au juge siégeant. Selon elle, le degré de préparation des dossiers varie d'un juge à l'autre et dépend également de la difficulté apparente des dossiers. Il peut lui arriver de commenter un dossier en le transmettant en juge, mais « *sans jamais donner* [son] *avis* ». Les commentaires concernent par exemple le dossier pénal de la personne hospitalisée, afin de savoir si le juge souhaite obtenir des détails[1]. Elle échange avec les juges également sur les difficultés avec l'ARS par exemple, pour le prévenir qu'elle a eu des difficultés à obtenir telle ou telle pièce. Selon la greffière, « *toutes les petites choses qui concernent l'organisation* » incombent à la greffière, mais lorsque des problèmes sont récurrents, elle prévient au moins un des JLD du tribunal pour faire en sorte que la difficulté soit réglée. Il peut s'agir des difficultés avec l'ARS ou des avocats qui se plaignent d'obstacles répétés à rencontrer les patients avant l'audience par exemple. La veille de l'audience, le dossier est également remis aux avocats des personnes hospitalisées.

Lorsque le dossier est complet et signé par le procureur, Marianne peut terminer son travail d'*enrôlement* de l'affaire – ce travail a pu être commencé avant d'obtenir la signature du Procureur, mais est complété après qu'elle a été obtenue.

[1] La circulaire du 21 juillet 2011 émanant du ministère de la justice et prévoyant les conditions de mise en œuvre du contrôle judiciaire exige que le greffe fasse la demande systématique du bulletin n°1 du casier judiciaire de la personne.

> « Et ça fait partie de nos obligations aussi de sortir un rôle d'audience, le greffier doit sortir un rôle d'audience ou un feuilleton d'audience, sur lequel est inscrit l'enrôlement en fait, le registre général du dossier, ça fait partie de nos fonctions, nous devons enrôler [...] Sur ces rôles d'audience figure chaque décision, ce qui a été décidé ou pas, les avocats qui sont intervenus, les comparutions des personnes ou pas, c'est une espèce de preuve de tout ce qui s'est passé pendant l'audience en fait, c'est pour permettre d'acter tout ça, de donner une traçabilité, et le greffier c'est son rôle, c'est ça en fait. Nous c'est vraiment tout ce qui va se passer, toute la procédure de A à Z avant, pendant, après dessus. [...] C'est une trame que la direction des services judiciaires a mise en place, revue avec nos magistrats, chacun, on va faire une trame type donc en gros là on va rentrer des éléments, je vous montre, la date d'admission par exemple sur celle-ci, sur ce dossier [...] par exemple, ça, c'est la requête de l'hôpital…[...] du coup on rentre la date d'admission, on coche, on choisit l'hôpital donc demain c'est le [CHS du Rhône], c'est une procédure faite par l'hôpital, bon après, c'est du clic-clic là c'est un peu voilà, les dates de réception des requêtes à rentrer parce que ça fait partie aussi du contrôle, la demande du tiers aussi, l'avocat de permanence et l'avis avant audience. »
>
> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, janvier 2018

Il s'agit de préparer, sur la base d'un document-type, un fichier par patient contenant tous les détails procéduraux de l'affaire. Ce document *Word*[1] est ensuite mis sur une clef USB que Marianne Vaquer apportera avec elle lors de l'audience le jour suivant. Sur celui-ci elle inscrit au cours de l'audience les points soulevés par l'avocat et la décision du juge. Ce document inscrit un certain nombre de principes, qui de notre point de vue s'apparentent à une nouvelle étape du *travail d'alignement* judiciaire.

> « Mon travail, c'est que je vais tout mettre. Là, c'est brut c'est-à-dire que ça fusionne automatiquement sur toutes les catégories. Moi maintenant par dossier je vais choisir […] Voilà celui-ci c'est un gros gros dossier. Moi, je retrace tout l'historique : l'arrêté, la date d'admission, les articles qui correspondent à cette procédure, l'ordonnance de maintien, les transferts en UMD, l'arrêt de la chambre de l'instruction, euh… avec comme je vous disais on vise, moi je vise les articles quand même du code de procédure pénale qui sont liés à, à l'irresponsabilité pénale, comme ça le magistrat sait automatiquement et puis il faut quand même faire attention à viser dans les ordonnances ce qui correspond au dossier hein, sinon, enfin c'est pas un article pour tout, faut voilà, on personnalise un peu en fonction de l'historique aussi, et puis comme là ce sont par exemple là c'est un contrôle à six mois donc en général on vise la dernière ordonnance rendue pour bien voir que tous les six mois y avait bien une ordonnance, que tout est carré, tout est bon, tout est nickel, donc voilà. Les trames elles sont... les trames elles sont brutes, après on retravaille quand même pas mal de choses. […] dans notre ordonnance on avait fait en sorte d'apporter déjà une motivation qui est type, c'est surtout ça en fait c'est « attendu que » ; c'est l'avis avant audience qui détermine la poursuite ou pas, le juge, de toute manière, il le dit d'ailleurs très souvent aux patients à l'audience "Je ne suis pas là pour me permettre de donner un avis médical. Je suis aussi tenu par ce que j'ai ci et ça… »
>
> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, janvier 2018

[1] Sur la génération automatique des trames d'audience sur le logiciel WinCi (voir Nouiri-Mangold, 2012).

Selon Marianne, le travail de préparation de ce document est de l'ordre de l'évidence. C'est en effet un écrit fortement standardisé. Le temps de l'audience est particulièrement court dans ce contentieux : les deux tiers des audiences observées durent moins de 5 minutes de l'entrée à la sortie du patient ; lorsque le patient n'est pas auditionné, cette durée descend souvent en dessous d'une minute. Pour anticiper au mieux et préparer la diversité des tâches à remplir dans ce délai d'audience extrêmement court, Marianne Vaquer prépare le jugement. À la lecture du certificat médical du 8e jour, l'avis motivé, elle estime pouvoir anticiper la décision du juge. Si elle peut toujours revenir et modifier le jugement si le juge prend une décision non conforme à sa prédiction, ce travail d'anticipation s'apparente à une activité de programmation ou de paramétrage de la décision. Jean-Marc Weller (2018) montre comment les agents d'une caisse d'assurance maladie paramètrent un logiciel informatique qui prendra la décision concernant la prise en charge. En apparence, ce travail d'inscription dans l'outil ne constitue pas à proprement parler un exercice décisif (au sens de la prise de décision). Dans notre cas également, nous pouvons faire l'hypothèse que la manière avec laquelle sont agencés les éléments sur l'ordonnance, l'accent mis sur telle ou telle étape du parcours de la personne, participe au jugement judiciaire. Si elle affirme qu'elle ne « *décide rien* », ce qui est incontestable tant du point de vue du droit formel que du point de vue de l'activité, on s'aperçoit que les tâches qui incombent aux greffiers dans la préparation de l'audience participent néanmoins à cadrer les décisions prises par le JLD. Lors de l'audience, la greffière est chargée de dactylographier les débats le plus fidèlement possible. Cette activité présente également des dimensions de cadrage de la justification de la décision (appelée « motivation ») indéniables.

Les greffières du tribunal s'apparentent de ce point de vue à *des intermédiaires du droit.* Elles en sont des figures particulières puisqu'elles sont des professionnelles du droit. Elles doivent permettre le respect du droit à partir d'une somme de données plus ou moins brutes. Le travail qu'elles effectuent sur la qualification juridique du cas est bien l'œuvre d'une réflexion juridico-judiciaire, dont elles s'efforcent de faire correspondre les autres sources normatives (notamment médicales et bureaucratiques) qui président au cas.

Encadré : Une approche de la division genrée de la mise en œuvre du contrôle judiciaire

La recherche n'a pas été menée en portant notre attention sur la division genrée du travail. Cependant, la surreprésentation féminine aux postes de secrétaires médicales, cadres et

greffières apparaît évidente sur le terrain. À l'instar d'un article récent sur la « division morale et genrée du travail » (Avril et Vacca, 2020), nous nous demandons en quoi les activités bureaucratiques qui sous-tendent le contrôle judiciaire des hospitalisations sont des « métiers de femmes » (voir Perrot, 1987).

Les recherches de Josiane Pinto ont ouvert la voie à l'étude sociologique du secrétariat comme « métier très féminin » (Pinto, 1987). « Métier » parce que le secrétariat est une activité sociale et professionnelle spécifique constituée de multiples tâches supposant des qualifications spécifiques ; « très féminin » parce que l'on attend de la secrétaire une série de traits comportementaux typiquement féminins tels que la gentillesse et la docilité (notamment face à la subordination et la relation de dépendance qu'elle entretient dans le métier avec un professionnel le plus souvent de sexe masculin) ou même la présentation physique exemplaire. Comme le rappellent avec justesse Christelle Avril et Irene Ramos Vacca « *les métiers de femmes sont ceux qui s'inscrivent dans le prolongement des « fonctions ménagères et maternelles »* » (2020, p. 93). On remarque notamment que c'est aux femmes sur notre terrain, secrétaires médicales et greffières, qu'est déchargée une grande part de l'activité de *care* (Cresson et Gadrey, 2004) directement liée aux soins sans consentement et à l'organisation du contrôle judiciaire à travers des contacts avec la famille des personnes hospitalisées.

Dans un autre article récent sur le travail des secrétaires dans des hôpitaux et des universités, Christelle Avril (2019) fait remarquer qu'au-delà de la stricte dimension bureaucratique de leur travail, les secrétaires sont également engagées dans la mise en place des conditions de félicité du travail de leurs « patrons ». Elle parle d'un rôle de « lubrifiant » (2019, p. 157) dans l'organisation en décrivant une multitude de tâches domestiques auxquelles les secrétaires de ces espaces professionnels acceptent de se plier alors même qu'elles débordent largement leur fonction *sur le papier*. Nous l'observons également sur notre terrain. Le soin exercé dans la gestion des écritures par les secrétaires médicales et les greffières « lubrifie » les relations entre les juges et les médecins. Ainsi, nous adoptons une approche interactionniste sur la frontière qui sépare et unit ces deux espaces professionnels que sont l'hôpital et le tribunal. Nous défendons que le travail de mise en forme à la fois des écrits et des relations contribue, voire, dans une large mesure, rend possible, la communication entre ces deux espaces. Au total, les secrétaires médicales et les greffières participent largement à fluidifier les relations entre juges et médecins en leur permettant d'exercer chacun leur charge dans les meilleures conditions (notamment matérielles) possible. La secrétaire médicale s'efforce que le dossier de contrainte soit complet afin que le médecin ne soit pas exposé à une levée de soins pour son patient. La greffière fait en sorte d'obtenir un dossier complet pour l'audience pour que le magistrat dispose de tous les éléments pour prendre sa décision.

La prise en charge des dimensions matérielles et techniques de l'apprentissage des nouvelles normes par les *intermédiaires du droit* ne doit pas nous conduire à procéder à un « *découpage anthropologique entre la matière d'un côté, et les idées, l'information, les croyances, etc. de l'autre* » (Denis et Pontille, 2012, p. 14-15). Il n'y a pas les médecins et les juges d'un côté qui prennent les décisions, et de l'autre les secrétaires médicales et les greffiers

qui les rendent possibles matériellement. Au contraire, la gestion des écrits constitue une activité de mise en place des conditions de félicité de l'exercice professionnel du médecin et du juge. Les médecins se voient délestés de la charge administrative liée au contrôle judiciaire par les secrétaires médicales qui s'engagent dans le bon respect de la règle en corrigeant les documents et en assurant de bonnes relations avec le greffe. De leur côté, les professionnelles du greffe en s'assurant de présenter des dossiers complets au juge contribuent à construire des représentations positives de l'établissement hospitalier auprès du juge.

Les greffières comme les secrétaires médicales ne sont pas des « passeuses » qui feraient simplement circuler la norme, mais, en se situant à la limite entre les deux mondes, elles s'engagent dans une translation des intérêts de chacun. Comme Henri Bergeron et ses coauteurs (Bergeron, Castel et Nouguez, 2011, 2013) le font remarquer dans le cas d'un programme de lutte contre l'obésité, les acteurs ne se constituent pas en *points de passage obligé* dans l'objectif de satisfaire leurs intérêts, mais cherchent un accord entre les différentes institutions normatives que les uns et les autres placent en haut de la hiérarchie des intérêts du patient. Les auteurs (2013), pour construire la figure de l'entrepreneur-frontière, reprennent à leur compte l'*objet-frontière* de Susan Leigh Star et Jim Griesmer (1989) qui « *permet de comprendre comment des acteurs mus par des logiques hétérogènes ou conflictuelles peuvent se coordonner lors d'une action collective tout en conservant leurs propres logiques et identités* » (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013, p. 272).

Au-delà de cette organisation routinisée, mais en bien des points informelle, une série *d'initiatives organisationnelles* (Castel, 2020) ont vu le jour, visant à accroître l'interconnaissance entre les mondes du droit et de la médecine mentale, constituant des appuis cognitifs pour les acteurs. Ces initiatives sont des points de rencontre qui participent à reconfigurer les espaces problématiques de traduction (Latour, 1984 ; Callon, 1986), à la frontière des différents territoires professionnels entre le droit et la médecine. Les acteurs intervenant dans cette mise en relation ont une position dominante dans leur espace professionnel d'appartenance. Il n'est donc plus ici question des secrétaires médicales et des greffières en première intention, mais des magistrats et des médecins (et de la direction des établissements), et dans une moindre mesure des avocats. Ceux-là agissent pour une entente cordiale des deux parties avec l'objectif d'améliorer les pratiques.

2) Médecins et magistrats : « des gens avec qui on peut parler ». Coopérer pour le respect du ou des droit(s) ?

À plusieurs reprises, nous avons entendu sur le terrain que la compatibilité entre médecins et magistrats, si elle n'était pas évidente, se révélait peu étonnante. De la manière que les greffières et les secrétaires médicales, au-delà de leur forte symétrie structurelle[1] et à côté de leurs intérêts propres, les juges et les médecins ont un intérêt commun : mettre en œuvre le contrôle judiciaire des hospitalisations. Loin de constituer des « forums hybrides » (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001 ; Callon et Rip, 1992), ces espaces d'interconnaissance établissent des espaces où s'organise l'assujettissement de la logique judiciaire à la logique médicale.

Ces rencontres prennent le plus souvent la forme de réunions ou de formations communes. La formation que reçoivent les JLD au moment de leur prise de poste semble être plutôt lacunaire en ce qui concerne les soins sans consentement.

> « J'avais du mal à me documenter là-dessus quand j'ai débarqué sur ce contentieux [...] On a eu une formation. L'École nationale de la magistrature fait une formation de changement de fonction. C'était pendant deux semaines, une formation théorique sur le droit des étrangers, les soins sans consentement… C'est une formation vraiment pratique, moi l'historique je ne le connais pas du tout »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

La juge Tésor concède que la formation ne lui a pas permis de mieux connaître la psychiatrie, le vocabulaire, l'organisation de l'hôpital. L'École Nationale de la Magistrature (ENM) organise également une formation annuelle, sur la base du volontariat cette fois, réunissant des professionnels qui souhaitent mieux connaître ce domaine. La formation dure deux jours. Un recueil de documents de 300 pages comprenant des articles de presse, des papiers scientifiques et des textes juridiques sur la question des soins sans consentement est distribué à tous les participants. Lors de ces formations, intervient une série d'acteurs variée : des médecins psychiatres et des soignants paramédicaux, des directeurs d'établissements et des sociologues en plus des juristes (magistrats, avocats, chercheurs).

[1] Les médecins et les juges, représentent des professions dominantes du point de vue la hiérarchie des professions. Ils exercent une expertise professionnelle complexe et autonome dans le cadre de structures publiques. Eliot Freidson définit une autonomie interne des professions qui combine d'abord une autonomie liée aux compétences techniques qu'ils sont les seuls à posséder légitimement, et aussi une autonomie d'organisation de la profession que l'État leur délègue, à travers le recours à un ordre (1984a). Médecins et juges exercent dans des environnements distincts (le tribunal et l'hôpital) une fonction d'ordre à la fois technique et moral : le rétablissement de l'ordre, mental d'un côté et légal de l'autre. Chacune des professions est attachée à respecter les pratiques, les valeurs et les juridictions de l'autre.

> « Tous les ans, ce sont 200 personnes qui se rassemblent et qui discutent ensemble de la loi et de ses implications. Il y a bien sûr beaucoup de magistrats, c'est plus de la moitié de l'audience, mais aussi des médecins, des infirmiers et même des aides-soignants. »
>
> Juge Primevert[1], vice-présidente du TGI de Paris et en charge de la formation, février 2015

D'après elle, il ressort de ces rencontres des prises de conscience nécessaires des magistrats qui entrevoient, par la lucarne dessinée par les interventions, la réalité des services de soins.

D'autres espaces juridiques se reconfigurent pour laisser entrer les savoirs et la parole des professionnels de la médecine mentale. Nous avons par exemple observé le colloque « Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France » qui s'est tenu en mars 2015 à la Cour de cassation à Paris ou encore une formation organisée par le Syndicats des avocats de France (SAF) à laquelle des psychiatres et usagers ont été conviés. À ces initiatives au niveau national s'adjoignent des initiatives locales de co-apprentissage.

> « Au TGI [de Paris] de façon volontariste – c'est pas du tout imposé – c'est le coordinateur des JLD qui nous invite tous les six mois. Au départ, c'était pour la mise en forme de la réforme, mais maintenant c'est plus régulier, on a continué à se voir tous les six mois pour régler des problèmes pratiques, se poser des questions. […] On a réglé des problèmes techniques : comment régler le problème des délais ? Parce que les délais sont très contraints. Au Barreau les pièces du dossier et ainsi de suite. Donc il a fallu utiliser des moyens modernes et puis il fallait des adaptations des choses comme ça, donc tout peut être débattu dans ces réunions. Dans le département [un autre département d'Île-de-France] où j'exerce on a aussi rencontré, moins fréquemment, mais le président du TGI, tout à fait charmant, avec deux-trois JLD, et le greffe, pour essayer d'aménager les choses sur le plan pratique, sur le plan aussi théorique ! »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

Dr Vallois insiste sur le fait que ces rencontres sont utiles non seulement pour la *mise en application* de la loi, au sens des premiers mois de sa mise en vigueur, mais qu'elles se poursuivent pour accroître les contacts et ainsi faciliter la résolution de *problèmes* spécifiques. Il précise en fin de citation que les thèmes abordés lors des échanges sont aussi bien « pratiques » que « théoriques ». En effet, cette interconnaissance, permise par des rencontres

[1] Cette implication particulière l'a amenée à collaborer avec une psychiatre du Vinatier (établissement psychiatrique à Lyon) dans le cadre du film documentaire de Raymond Depardon, *12 jours*, sorti en salle en 2017.

fréquentes, permet de mieux comprendre les pratiques et les attentes des médecins et des magistrats. Ces appuis sont donc bien d'ordre cognitif et plus uniquement technique.

> « La dernière fois qu'on a fait une réunion avec tous les responsables des établissements pour parler de l'organisation des audiences, il y avait une psychiatre qui était là et je sais qu'ils sont en demande eux de rencontres. Donc on va prévoir ça bientôt, pour échanger sur notre office parce qu'il y a beaucoup d'incompréhensions où ils ont parfois l'impression qu'on arrive comme ça, qu'on n'y connaît rien on n'est pas médecins, et parfois ils ont aussi du mal à comprendre le rôle de l'avocat. Donc d'avoir un peu quelque chose de tripartite avec les avocats et les médecins. Connaître notre rôle, notre mission, la régularité, la proportionnalité et ce dont on avait besoin et pourquoi on avait certaines exigences et ça, je pense qui est quelque chose qui est important de faire assez régulièrement »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Les échanges vont bien dans les deux directions. Il ne s'agit pas seulement pour les magistrats de mieux connaître les pratiques et les diagnostics psychiatriques, mais également pour les médecins de comprendre le principe même de ce contrôle judiciaire. Dans ces réunions, colloques ou séminaires croisés, le détail de la rédaction des certificats est rarement évoqué au profit d'approches beaucoup plus larges sur les objectifs des soins sans consentement et les intentions au fondement du contrôle judiciaire.

D'autres espaces moins formalisés existent également, permettant aux professionnels hospitaliers de rencontrer les acteurs judiciaires du territoire. Dans plusieurs juridictions, les juges sont invités à visiter les lieux de soins, au moins une fois lors de leur prise de poste. Elles permettent de mieux connaître les lieux et les équipes : « *Nous on y va, on fait plus de la courtoisie. On développe les relations* » (Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019). Dans les gros établissements, les audiences JLD se prolongent au-delà de la matinée et le déjeuner est un moment privilégié d'échanges entre l'administration de l'hôpital et les professionnels de la justice présents. Plusieurs personnes rencontrées au tribunal du Rhône nous ont confié profiter de ce moment informel pour poser des questions sur la symptomatologie ou les traitements psychiatriques. Pour le Juge Dujardin, « *même s'il ne faudrait pas discuter de ça au self, c'est quand même pas tous les jours qu'on a un psychiatre en face de nous à qui on peut poser toutes les questions !* » (février 2018). Ces moments de convivialité sont également appréciés de Marianne Vaquer, la greffière, qui s'entend bien avec la cadre en charge des admissions de l'établissement du Rhône. Elle reconnaît que c'est plus facile de se téléphoner en urgence et pour demander des documents lorsqu'on déjeune ensemble fréquemment. Les avocats qui plaident dans la même juridiction sont également invités à partager le repas lorsque

les audiences se prolongent au CHS du Rhône, mais cette culture de la proximité avec les avocats est très inégale d'un territoire à l'autre.

Dans un contexte où les ressources sont contraintes (en personnel, en temps, en moyens), les institutions judiciaires et hospitalières ont tout intérêt à simplifier, automatiser, routiniser le travail de saisine et d'audience au maximum. Une levée de soins constatée par le JLD conduit parfois les médecins à enclencher une nouvelle mesure de contrainte, plus conforme cette fois, et entraîne donc une dépense de ressources (notamment administratives) supplémentaires. De l'autre côté, les dossiers mal constitués rendent le travail du tribunal plus long et complexe (pesant largement sur les greffières). Ce déploiement d'une force organisationnelle semble organiser *in fine* l'assujettissement de la logique judiciaire à la logique médicale.

3) Les avocats entre opposition et coopération

Si la mise en œuvre du contrôle judiciaire est caractérisée par des efforts organisés pour coopérer, on note toutefois une différence dans les relations entre médecins et juges et celles entretenues avec les avocats. Les avocats sont souvent accusés par les médecins et par les juges de rechercher les problèmes, ou bien de vouloir « *faire sortir le patient à tout prix, comme au pénal* ».

> « L'avocat va se targuer de ça, il va dire « ça c'est pas possible », si l'avocat ne voit pas, bon ben le juge passera, parce qu'il est beaucoup plus, il n'est pas laxiste, mais beaucoup plus proche de notre vision de la situation. [...] Les membres du JLD ont beaucoup de respect pour la décision médicale, ils ne sont pas là pour remettre en cause la décision d'une équipe. [...] c'est pourquoi je vous disais que c'était loin des adversaires, c'est des gens avec qui on peut parler, ils n'ont pas la même position que l'avocat. »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

De l'avis de certains juges et médecins rencontrés, les avocats ont une position particulière dans cette configuration d'acteurs, souvent moins coopérative. Les avocats sont parfois dans une posture qui est qualifiée de « pénaliste ».

> « Les juges ne seront pas nos adversaires, nos adversaires évidemment ce sont les avocats : l'avocat lui a un client et le client, il faut la liberté avant tout, absolument ! […] Le médecin c'est toujours dans la balance le bénéfice-risque, l'avocat non […] Une fois, j'ai évoqué cette histoire de balance et d'idée prévalente[1], quasi délirante de l'avocat. Enfin, j'ai pas dit ça, mais idée prévalente pour un psychiatre, ça renvoie

[1] La notion d'*idée prévalente* en psychiatrie désigne les idées fixes qui mobilisent la pensée, sans considération pour ce qui la contredit.

> toujours à un délire paranoïaque alors… [rires] Voilà, donc, parce que bon on peut s'affronter, mais on est des partenaires dans ce fonctionnement et on doit pouvoir régler les problèmes ! »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

La particularité de ce contentieux, par rapport au pénal, est qu'il ne s'agit pas de négocier les modalités de l'hospitalisation (ou la lourdeur de la peine au pénal). L'avocat n'a que peu de marge de manœuvre et demander la levée est son unique ressource pour développer son rôle professionnel. Dr Vallois atténue ses propos en fin de citation. S'il accuse certains avocats d'être dans une position adversariale, il admet qu'il souhaite que la relation soit partenariale. Cela pose des questions de fond concernant ce contrôle judiciaire. Si le camp du patient est opposé à celui du médecin et de l'établissement hospitalier, l'avocat peut-il dès lors entretenir une relation « partenariale » avec l'établissement ?

Lors du colloque « Folie et Déraison », une avocate au barreau de Paris prend la parole au cours des débats pour exprimer un point de vue jusqu'au-boutiste du rôle de l'avocat : « *Mais en tant qu'avocat, qu'est-ce qu'on doit faire si on est face au juge et que le patient devant le juge dit qu'il veut rester à l'hôpital, alors qu'on veut demander la levée parce qu'on identifie une nullité dans le dossier ? C'est un cas de conscience.* » Nous avons peu observé ce type de comportements chez les avocats (N=23) que nous avons vu plaider lors des audiences, contrairement au discours médical souvent tenu. Au contraire, la plupart des avocats se montrent relativement dociles face aux avis médicaux.

> « Et pourquoi pas considérer qu'on peut le convaincre que sa situation est bonne [...] ça m'est arrivé de voir une nullité et de décider en accord avec elle de ne pas la soulever, elle avait suffisamment de discernement pour comprendre que c'était bien. C'était à la demande de sa mère et elle ne voulait pas offusquer sa mère. Elle aurait préféré ne pas être hospitalisée, mais finalement elle était d'accord. »
>
> Maître Adam, avocate au barreau du tribunal du Rhône, février 2018

Maître Adam ici explique que c'est en accord avec la patiente qu'elle a pris la décision de ne pas demander de levée de soins (qu'elle aurait pu très éventuellement obtenir grâce à une nullité dans le dossier). Mais cette décision ne semble pas toujours être prise avec l'accord du client.

Les avocats sont rarement spécialisés dans les soins sans consentement. Ils proviennent de spécialités juridiques variées (droit de la famille et droit de la santé, notamment, et plus rarement droit pénal) et sont très majoritairement commis d'office. Au sein des grands barreaux,

des commissions soins sans consentement sont créées afin de participer à la formation des avocats qui exercent dans ce domaine et à l'organisation des permanences de commission d'office. La juridiction du CHS du Rhône compte deux gros établissements de psychiatrie, la commission des hospitalisations sans consentement a été créée dès le vote de la loi, notamment autour d'un juriste spécialisé en droit de la santé devenu avocat après avoir travaillé pour le compte d'assurances privées, Maître Duppe.

Après les premières réunions destinées à la mise en œuvre de la défense des patients dans le contrôle judiciaire, la commission organise des réunions ou formations environ deux fois par an. Elles traitent de sujets variés, comme des points techniques de droit ou l'évolution du cadre juridique et font également parfois intervenir des professionnels de santé ou des chercheurs en sciences sociales qui exposent leurs recherches. La commission propose notamment une formation initiale de 4 heures balayant les origines du soin psychiatrique sous contrainte ; la présentation des prises en charge des malades mentaux et la technicité de la loi : « *on déborde largement sur les relations avec les patients en amont de l'audience notamment et on propose un petit exercice, cas pratique avec des nullités à rechercher* » (Maître Duppe, commission des soins sans consentement, février 2018). Des veilles juridiques sont également diffusées aux membres de la commission : une première interne aux avocats pour diffuser les nullités ou des problèmes spécifiques rencontrés « *mais le temps passant on en a de moins en moins* » prévient Maître Duppe ; et une autre effectuée par les documentalistes du Palais de justice rassemblant arrêts de Cour de cassation et décisions du Conseil d'État.

L'autre rôle de cette commission est d'organiser les permanences pour les audiences. Le nombre maximal de dossiers par avocat et par jour a été fixé localement à huit. La plupart du temps les audiences dans les établissements sont entre 12 et 16, ce qui permet que deux avocats soient commis. Entre les deux établissements de la juridiction, il y a trois journées d'audience par semaine ce qui équivaut à environ 300 « tours de permanence » à prendre. Ce découpage organisé par la commission autorise donc les 200 avocats volontaires de la commission à prendre une à deux permanences par an. Sans avoir trouvé une meilleure organisation, les deux avocats responsables de la commission déplorent cependant la faiblesse de la pratique que cela suppose et donc la piètre formation pour des professionnels souvent jeunes et qui n'ont que peu de temps à consacrer à ce contentieux faiblement rémunéré par le biais des commissions d'office[1].

[1] Au barreau de Versailles, dont nous avons dit qu'il était particulièrement actif, autour de la figure de Me Raphaël Mayet, proche du CRPA, 26 avocats assurent chacun entre 40 et 50 missions par an de

Selon Maîtres Adam et Duppe, l'existence de cette commission permet de mettre « de l'huile dans les rouages » de l'organisation du contrôle judiciaire dans le territoire. Cette instance représente les avocats collectivement et peut participer à régler des litiges entre un avocat ou un type de défense et un juge ou un établissement hospitalier par exemple. Elle participe à la diffusion de normes relationnelles avec les établissements hospitaliers et les juges bien plus marquées par la collaboration que par l'opposition. Maître Adam dit d'ailleurs s'être intéressée à ce nouveau domaine du droit justement parce qu'il permet des relations différentes avec les autres acteurs, notamment de la chaîne judiciaire : « *Je crois que c'est d'abord un intérêt pour aller à l'extérieur, rencontrer des gens que je ne verrai jamais ailleurs ; on mange avec les juges, on est contact direct avec les juges et aller à l'hôpital*. ».

Cette disposition collaborative des avocats dans la juridiction du CHS du Rhône permet *in fine* d'entretenir des relations plus apaisées avec les établissements de soins : « *Au début les policiers pour les GAV, ils étaient pas contents de voir les avocats… Alors* (au CHS du Rhône), *c'est pareil, au début les médecins ils étaient réticents et puis maintenant…* » (Maître Duppe, février 2018).

N'investissant pas l'audience comme un lieu de contestation constante, comme cela est parfois redouté par les médecins et l'institution hospitalière, les avocats obtiennent en retour des conditions d'exercice favorable. Les différents acteurs s'accordent par exemple pour dire qu'il est extrêmement rare que l'avocat ne parvienne pas à voir son client avant l'audience.

Conclusion : le travail organisationnel pour agencer les institutions

Nous avons montré dans ce chapitre les conditions de production et de circulation concrètes des documents, comme résultant d'un ensemble organisé d'actions pouvant relever d'un geste organisationnel. En décrivant les arènes de soutien logistique et sémantique qui entourent les psychiatres, nous avons montré que le contrôle judiciaire systématique est loin d'être une contrainte qui pèse uniquement sur l'exercice médical. Cette étape permet de déconstruire l'idée d'un médecin travaillant seul, stylo à la main, et rédigeant une pièce de droit dans des termes qu'il ne maîtrise pas. En effet, ce travail d'écriture, au cœur du contrôle par le juge, se révèle à la fois plus complexe et plus collectif. Il passe par un *réseau prescriptif* dont

défense des personnes hospitalisées. Cette relative spécialisation des avocats est soulignée comme une condition nécessaire à la tenue d'un contrôle juridictionnel efficace pour amener les pratiques à évoluer.

chaque acteur est un point d'ancrage visible de la norme, chargé de contrôler tout ou partie de la procédure, soit des *intermédiaires du droit*. Ce réseau est davantage marqué par la volonté de coopérer que par le contrôle d'un acteur sur un autre.

Nous concluons en développant deux interprétations à partir de nos analyses. La première concerne le certificat médical comme œuvre écrite, collective et finale. La seconde enfin décrit les configurations organisationnelles à la fois permises et supposées par la mise en œuvre de la judiciarisation.

Premièrement, nous avons vu que le certificat médical, en tant que pièce maîtresse du dossier de contrainte, loin d'être l'œuvre d'un seul médecin face à son patient fait intervenir une pluralité de professionnels. Ces professionnels sont porteurs de représentations inégales du *bon certificat* qui se trouvent sédimentées dans le produit final et dans son encadrement normatif croissant. La superposition, parfois par recoupement, de normes hétérogènes issues des valeurs médicales, mais également juridiques et bureaucratiques fait des certificats médicaux des dossiers de contrainte des objets originaux et singuliers sur le plan épistémique. Le risque de publicité auprès du patient complète enfin les forces d'hybridation qui le traversent. Il est un *objet négocié* ou *intermédié* dans le cadre d'une fonction à la fois précise et plurielle. Comme Michel Foucault le faisait remarquer au sujet de l'expertise médico-légale, « *à l'exclusion réciproque du discours médical et du discours judiciaire, l'expertise contemporaine a substitué un jeu qu'on pourrait appeler le jeu de la double qualification médicale et judiciaire* » (Foucault, 1999b, cours du 15 janvier 1975). Pris dans cette situation d'expertise, les psychiatres (et leur équipe médico-administrative) qui rédigent des certificats cherchent à anticiper les demandes et à maîtriser les relations avec les juges. « *Ainsi, en formalisant les pratiques de travail et les relations avec les commanditaires, les experts s'efforcent à la fois de maîtriser des situations incertaines et de fixer la nature de ces relations* » (Bérard et Crespin, 2015). La répétition très fréquente de cette situation ainsi que les cultures professionnelles éloignées des médecins et des juges poussent également à une *procéduralisation* de l'expertise (Joly, 2015). Le cadrage normatif et sociopolitique que représente la formalisation accrue des certificats a au moins deux effets. D'abord, il *réduit* les situations complexes de l'usager des services de santé mentale à une série d'indicateurs sur l'état de santé de la personne et son comportement. Ensuite, il participe largement à prévoir et anticiper les relations entre les médecins et les juges puisqu'ils contribuent ensemble à cette formalisation.

Enfin, la configuration d'acteurs, telle que nous l'avons décrite, nous conduit à interroger deux dimensions proprement organisationnelles dans la mise en œuvre du contrôle judiciaire. La première touche à la hiérarchie verticale entre les acteurs dans le réseau et concerne les fonctions « supports » des travailleuses de l'écrit dont nous avons observé le travail, les secrétaires médicales et les greffières qui souvent débordent de ce cadre. La seconde dimension est horizontale. Nous interrogeons les effets de coalition entre droit et justice qui sont observés dans la dynamique organisationnelle déployée par les acteurs de l'hôpital et du tribunal.

Délester les médecins hospitaliers des tâches administratives et normes contraignantes est une fonction primordiale des équipes administratives. Accompagner les juges dans la préparation d'une audience est partie intégrante des missions du greffe du tribunal. En résumé, les « travailleuses de l'écrit » qui entourent les professionnels de la justice et de la médecine mentale occupent une place centrale dans les procédures décisionnelles. Elles participent activement à l'organisation des conditions matérielles dans lesquelles les décisions sont prises par les juges et les médecins et concourent par là à euphémiser voire conjurer le potentiel conflictuel de la fonction de contrôle opérée par les magistrats sur les décisions médicales. Elles sont les premières *couturières* de cet *agencement institutionnel* particulier (Foucault, 1999b). La prégnance des interactions dans la bonne conduite du contrôle judiciaire explique enfin le caractère localisé des mises en œuvre.

L'ensemble des acteurs que nous avons rencontrés œuvrent avec un objectif commun : limiter le nombre de levées de soins prononcées par les juges. Une véritable coalition d'acteurs émerge pour permettre la mise en œuvre de l'action publique, dominée par les valeurs médicales de « besoin de soins ». En effet, l'idée est largement partagée que la systématisation du contrôle judiciaire permet de fait un meilleur accès aux droits pour les patients par la hausse de qualité des dossiers. Il ne s'agit pas tant de « libérer » les patients traités de manière arbitraire (la faiblesse extrême du taux de levée « sur le fond » est en tout cas un argument pour affirmer que les cas cadrés comme tels par la justice sont résiduels) ou de diminuer le nombre de patients pris en charge sans leur consentement. Le contrôle vise avant tout le développement de meilleures pratiques rédactionnelles et documentaires, supposant à l'instar du juriste allemand Rudolf von Jhering que la *forme est l'ennemi de l'arbitraire*. Nous essayons de comprendre ce qui pousse les juges à agir ainsi, au-delà du simple principe de déférence qui domine dans les relations entre les tribunaux et la science (Jasanoff, 2013).

Chapitre IV : Un « retournement » du dispositif de garantie des droits ? Renforcement de la logique professionnelle contre le patient

Introduction

Au cours de l'audience, les dossiers de contrainte sont incarnés par la présence du patient, accompagné d'un avocat. Les médecins ne sont pas présents physiquement, leur discours est matérialisé dans les certificats médicaux. Cette absence physique des médecins n'empêche pas d'observer, au cours de l'audience, une interaction entre médecine et justice –le juge prenant leur décision à partir des certificats médicaux qui sont rédigés par les médecins à partir ce qu'ils savent des attentes du juge. Les mandats respectifs du droit et de la médecine se trouvent travaillés par l'interaction de l'un avec l'autre. Nous cherchons dans ce chapitre à caractériser la forme que prend cette coordination forcée entre droit et médecine pour structurer une juridiction partagée des hospitalisations sans consentement. Au-delà, nous questionnons, à partir de l'examen des interactions professionnelles et avec le patient, le sens qui se dégage du contrôle judiciaire.

Nous avons vu en introduction de la partie que la sociologie des professions a tendance, traditionnellement, à penser les relations entre professions comme résolument conflictuelles et concurrentielles (Abbott, 1988, 2016 ; Freidson, 1984a, 1984b). À partir de la théorie des juridictions professionnelles d'Andrew Abbott (Abbott, 1988, 2016), et dans la suite du chapitre précédent nous montrons cependant que la relation entre justice et médecine psychiatrique est moins caractérisée par la compétition que par la coordination et la collaboration. À partir de l'analyse de la construction interactive d'une juridiction renouvelée des hospitalisations sans consentement, qui s'observe notamment au cours de l'audience, nous montrons que les professionnels parviennent ensemble à exclure le patient de celle-ci.

Les personnes concernées par les mesures d'hospitalisation sont structurellement placées « en position dominée » comme le définissent Pierre Lascoumes et Évelyne Serverin: « *En matière juridique, être en situation de pouvoir social, c'est garder ou détenir la maîtrise des règles qui vous sont applicables et des processus dans lesquels on se trouve impliqué. [...]*

Inversement, être en position dominée, c'est se voir imposer une identité d'action, demeurer sans prise sur la définition de la situation, présenter des demandes inadéquates et se laisser entraîner vers un mode de règlement qui privilégie d'abord l'autre partie. » (1995 : 177). La mise en place du contrôle judiciaire systématique pour les hospitalisions de plus de douze jours procède pourtant de la détermination de certains acteurs (associations d'usagers et Conseil constitutionnel) à garantir les droits et les libertés des personnes prises en charge en psychiatrie. Nous faisons l'hypothèse que la mise en œuvre du contrôle judiciaire s'apparente à un « retournement » du dispositif d'accès aux droits en un dispositif d'expertise morale qui confirme et renforce les avis médicaux et la logique professionnelle au détriment de celle de l'usager. Alain Supiot (2010) analyse la Déclaration de Philadelphie[1] comme résultant d'une logique d'imposition d'une justice sociale comme norme internationale, régissant les relations dans un contexte globalisé. Toutefois, la réalité du développement économique globalisé de l'après-guerre le conduit à analyser son application comme un « retournement » en faveur de la libre circulation des biens. Sa critique se porte précisément sur les usages *du Droit*, qui en font un produit et sa production un objectif de la compétition économique mondiale[2]. Un mécanisme semblable est à l'œuvre dans le contrôle judiciaire des hospitalisations : bien qu'il résulte d'une logique d'amélioration de l'accès aux droits, et que le recours *au droit*, et à la constitutionnalité pare le dispositif des attributs de la protection des personnes vulnérables, son application donne à voir des effets ambivalents, voire inverses.

Dans ce chapitre, nous nous centrons principalement sur les audiences, que nous envisageons comme un moment de constitution interactive de la juridiction où se rencontrent droit et médecine.

[1] La déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du travail a été adoptée le 10 mai 1944. Elle insiste sur l'importance des sujets économiques et sociaux et revendiquent qu'ils sont indissociables des autres sujets de relations internationales et géopolitiques.

[2] Voir la lecture de l'ouvrage d'Alain Supiot par Jacques Commaille (2010).

Encadré méthodologique : l'observation des audiences JLD[1]

Les audiences en première instance ont été observées dans deux espaces médico-judiciaires : au CHS du Rhône et au CHS Madeleine Pelletier en région parisienne. Soit un total de 147 cas traités[2].

Dans l'établissement du Rhône, 6 matinées d'audiences ont été observées (15 cas en moyenne) dans la première moitié de l'année 2018, soit 92 cas traités. Le patient était présent dans 65 cas. Dans l'établissement Madeleine Pelletier, 5 matinées d'audience ont été observées (11 cas en moyenne) entre novembre 2018 et mars 2019. Nous avons assisté à 55 audiences et le patient était présent dans 39 cas. Dans chaque établissement, nous avons observé 3 juges différents siéger pour cet office, soit 6 au total. 13 avocats différents ont été vus au CHS du Rhône et 10 au CHS Madeleine Pelletier.

À chaque fois, nous avons sollicité l'accord du JLD pour observer les audiences. Le juge nous présentait comme « étudiante » le plus souvent lors des présentations. Deux juges nous demandaient de solliciter l'accord du patient avant chaque audience – aucun refus ne nous a été opposé. Les débats ont été retranscrits de manière exhaustive, dans la mesure du possible. Nous nous sommes astreints à répertorier lorsque cela était possible le sexe, l'âge approximatif, le mode légal de la contrainte, la nature du contrôle (de plein droit à 12 jours ou 6 mois, facultatif), ainsi que des éléments pour situer les patients socialement (profession, logement, situation familiale).

Nous avons effectué une analyse statistique des cas observés dont les résultats apparaissent dans le corps du texte. Les éléments qui ont été décomptés visent à situer les cas dans la masse, comme courants, réguliers ou exceptionnels. Nous privilégions toutefois une analyse des discours au cours de l'audience.

Nous montrons que les professions se coordonnent par un jeu sur les frontières de la juridiction, opéré selon des règles relativement stabilisées et appliquées par les juges et par les médecins. Après une présentation de la manière dont les juges s'approprient les savoirs médicaux à travers le jugement d'un cas pendant l'audience (A), nous montrons les effets produits par une partition de la juridiction qui s'opère par l'intermédiaire du patient et devant lui (B). Loin de produire un espace de mise en délibération de la décision médicale, l'audience apparaît comme un lieu de renforcement de la logique professionnelle contre la logique des usagers, produisant ainsi une situation de *retournement* du dispositif d'accès aux droits (C).

[1] Malgré des critiques opposables au film de Raymond Depardon *12 jours* sorti en novembre 2017, les audiences enregistrées peuvent permettre au lecteur de se représenter le déroulement et le contenu des échanges au cours des audiences.

[2] En 2015, nous avons observé deux audiences à Paris. Nous avons également observé une audience à Paris au cours de laquelle 8 cas étaient traités, une seule patiente était présente. Une audience en appel également a été observée au cours de laquelle 14 cas ont été traités. Nous n'utilisons pas ce matériau.

A. Les audiences comme construction et jugement du cas : les modalités d'appropriation des savoirs médicaux par le juge

Les audiences JLD sont dites « foraines » : elles sont organisées en dehors des murs du tribunal, au sein même des établissements de soins. Dans les premières années d'entrée en vigueur de la loi, les audiences étaient encore organisées dans les tribunaux dans beaucoup de villes, notamment à Paris. Aujourd'hui, seules les audiences en appel se tiennent encore au tribunal. Lorsque plusieurs « petits établissements » sont situés dans le même territoire, il arrive que les audiences se tiennent dans un seul établissement et que les patients devant être entendus y soient transportés pour le temps de l'audience[1]. Les salles d'audience sont d'aspect variable. Si dans certains établissements des espaces ont été spécialement aménagés et respectent les normes régissant la disposition d'une salle d'audience (surélévation du siège du juge, sièges pour les spectateurs, présence d'une salle attenante pour les rencontres avocat-client), les salles de réunion ou ayant une autre fonction le reste de la semaine sont souvent investies pour cette activité une ou deux journées par semaine.

L'audience se tient *a minima* en présence d'un juge, d'un greffier, de l'avocat du patient et d'un représentant de l'hôpital dans toutes les audiences que nous avons observées. Le plus souvent (7 fois sur 10 dans notre échantillon), le patient est également présent. Son éventuelle absence doit être justifiée par une contre-indication médicale exposant les raisons pour lesquelles son état est incompatible avec son transport ou son audition. Lorsqu'il n'est « pas auditionnable », il peut cependant rencontrer son avocat si toutefois l'équipe médicale l'autorise. Lorsque le patient est présent et en cas de présomption de comportement instable, il est parfois accompagné de deux soignants[2]. À part dans le cas des audiences en appel qui se tiennent au tribunal, nous n'avons jamais vu un juge siéger en robe pour cet office. Les juges, dans l'ensemble, considèrent que le port de la robe peut se révéler trop impressionnant pour le patient. De plus, beaucoup de patients connaissent également un parcours judiciaire, pour des délits ou des crimes, au cours duquel ils ont eu affaire à un juge en robe chargé de sanctionner son comportement. Il s'agit donc selon eux d'éviter l'amalgame. Les avocats ne portent pas non

[1] Le transport des patients, vers un autre établissement ou au tribunal, est très coûteux pour l'établissement. Un psychiatre exerçant en Île de France nous confie qu'avant que les audiences aient lieu dans l'établissement, tous les patients étaient quasi systématiquement annoncés comme présentant un état de santé mentale incompatible avec son transport et/ou son audition.

[2] Nous avons vu une seule fois, au CHS Madeleine Pelletier, une audience se tenir en présence d'un des médecins signataires d'un certificat médical qui avait participé à son accompagnement jusqu'à la salle d'audience.

plus la robe. Le patient est le plus souvent habillé avec des vêtements de ville. Dans de rares cas, il est présenté au juge au pyjama. Cette situation donne systématiquement lieu, dans nos observations, à une réflexion de la part du magistrat. Souvent, sa tenue est relevée dans le procès-verbal à la demande du magistrat – parfois même le juge refuse d'auditionner le patient, exigeant de la part de l'équipe de soins qu'il soit reconduit en service pour se changer. En plus de ces acteurs, peuvent être présents le tuteur ou curateur de la personne concernée[1], le tiers demandeur de l'hospitalisation (c'est le cas dans seulement 12% des audiences pour SDT dans notre échantillon) et un interprète[2]. Enfin, assez rarement peuvent être présents des « spectateurs » aux statuts variés : membre de l'entourage de la personne auditionnée, élèves et stagiaires (avocats ou étudiants en droit, soignants paramédicaux et étudiants en médecine) et sociologue. Les audiences sont tenues « publiquement »[3]. Cela suppose que le magistrat ne peut interdire la présence d'autres personnes dans la salle dont la porte doit rester ouverte pendant toute la durée de l'audience – il est arrivé que des juges mettent en œuvre ce principe malgré des courants d'air ou des bruits envahissants en explicitant l'importance d'une justice rendue publiquement. Sur demande du patient, il est possible de tenir l'audience « à huis clos » ou « en chambre du conseil ».

Les audiences que nous avons observées sont presque toutes (N=146) dites « de plein droit ». C'est-à-dire que le juge a été saisi par l'établissement ou l'ARS dans le cadre du contrôle systématique à 12 jours (N=122) ou à 6 mois (N=24). Nous avons observé une seule audience par saisine dite facultative du juge qui peut avoir lieu à tout moment de la prise en charge.

Les juges se présentent systématiquement avant le début de chaque audience. Chacun a sa manière d'expliciter son rôle, mais les formulations présentent de fortes similitudes entre elles :

[1] L'existence d'une mesure de protection n'est pas systématiquement relevée lors de l'audience, ce qui ne nous autorise pas à dénombrer ce cas de figure. Notons simplement que nous avons seulement vu la présence de tuteur et curateur dans au CHS du Rhône. À trois reprises, les personnes chargées de la protection d'un majeur se sont présentées aux audiences. Il s'agissait de professionnels exerçant au sein d'une association située dans l'établissement.

[2] Pour limiter les coûts économiques et organisationnels afférents, comme dans d'autres domaines, un interprète bénévole (membre de la famille) est souvent privilégié (Larchet et Pélisse, 2009).

[3] Le rapport du député Robilliard en 2013 sur la réforme des soins sans consentement proposait de supprimer le principe de publicité.

> « Moi, je suis le juge. Vous êtes hospitalisé depuis moins de douze jours et la loi fait obligation au juge de vérifier que les médecins expliquent bien pourquoi »[1]
>
> Juge siégeant au CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

La conduite des débats permet ensuite d'expliciter ce rôle. Concrètement, le JLD dirige les débats et (1) débute en posant une série de questions assez courtes dont la trame principale est à peu près toujours là même (il s'enquiert de l'état de la personne), puis (2) il lit des extraits choisis de certificats médicaux, (3) demande ce que la personne en pense, (4) donne la parole à l'avocat, (5) fait réagir le patient une dernière fois avant de (6) rendre son jugement (éventuellement après un court délibéré). Une phrase-type, mais particulière à chaque magistrat, conclut le jugement rendu, qui est quasi systématiquement en faveur de l'hospitalisation[2] :

> « Au regard de la procédure et des certificats médicaux, comme ils sont bien rédigés et qu'ils attestent bien de votre besoin de rester en soins à l'hôpital. J'autorise le maintien de votre hospitalisation »
>
> Juge siégeant au CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018

L'observation des audiences conduit à les analyser comme un agencement de pratiques ordonnées. Plus précisément, elles apparaissent comme un dispositif, au sens de Nicolas Dodier et Janine Barbot (2016, p. 431) : « *un dispositif peut se concevoir comme un enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états de chose par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers*. » En effet, l'audience, en tant que dispositif, a pour but de qualifier une situation comme relevant des limites légales ou non. À l'issue de l'audience, l'hospitalisation d'une personne est levée ou bien poursuivie avec l'accord du juge.

La plupart du temps (83% des cas observés), les décisions sont rendues immédiatement. La proportion de mise en délibéré (décision rendue vingt-quatre heures plus tard) dépend du juge plutôt que des caractéristiques intrinsèques à l'affaire, d'après nos observations. Une juge observée au CHS Madeleine Pelletier avait l'habitude de rendre majoritairement ses décisions après un très court délibéré pour lequel elle demandait à toutes les personnes de quitter la salle, à l'exception de la greffière. Dans une étude datant de 2014, Delphine Legoherel, magistrate au

[1] La plupart du temps le juge présente la greffière, et la représentante de l'hôpital (qui participe à la bonne conduite de l'audience mais n'intervient pas comme partie hospitalière dans l'audience) et éventuellement l'avocat du patient.

[2] Sur les 122 jugements observés dont nous avons connu l'issue, une seule mainlevée a été prononcée par un juge, en mai 2018 au CHS du Rhône.

service de la documentation de la cour de Cassation, a travaillé sur les décisions d'appel au niveau national de septembre 2012 à septembre 2013 : 85% des décisions confirment le maintien en hospitalisation complète sans consentement[1].

Pour mener à bien cet office, nous observons deux stratégies mises en œuvre par tous les juges que nous avons vu officier (N=6). D'abord, le juge s'astreint à la lecture et parfois à la reformulation des certificats médicaux afin de faire apparaître un récit logique dans le parcours du patient et l'évolution de son état depuis l'admission (1). Au-delà de la levée ou de la poursuite des hospitalisations, le juge dispose d'autres modalités d'action dans ce contentieux lui permettant de faire valoir, souvent à bas bruit, ses observations (2).

1) Mise en récit et travail d'alignement : les sources de la fiction

Le dossier donne à voir une série d'étapes formelles de la procédure de mise et de maintien sous contrainte. Les pièces représentent imparfaitement la réalité vécue par la personne ou son parcours institutionnel depuis son arrivée aux urgences ou dans le service. Les certificats médicaux qui se suivent (admission, 24h, 72h, 8 jours) doivent permettre au juge de reconstruire l'évolution de l'état de santé de la personne hospitalisée. Par quels procédés le juge passe-t-il de la lecture d'une série de certificats à la construction mentale d'un « cas » ? Jean-Marc Weller, dans son enquête sur les juges de proximité, montre comment le travail de « mise en récit » permet que les « éléments factuels » d'une affaire constituent « *un récit cohérent du point de vue du droit* » (Weller, 2018, p. 56-65). Il y a bien là deux unités d'action à effectuer : la stabilisation d'un récit caractérisé par une cohérence interne d'une part, et sa qualification juridique d'autre part, qui le rend également cohérent du point de vue du droit. Ces deux activités sont effectuées simultanément pour permettre le travail d'alignement du récit avec la catégorie légale.

Il s'agit, dans un premier temps, de sélectionner les passages qui permettent au juge de prendre et de motiver sa décision. Les JLD utilisent alors les certificats comme un « réservoir d'arguments » (Lancelevée et al., 2019) ou exercent « l'art de la pioche » (Dumoulin, 2000, p. 207). Ce travail de sélection des arguments est comparable à l'activité du juge lorsqu'une expertise médico-légale est versée au dossier. Les travaux sociologiques portant sur l'expertise

[1] Le document, *Étude sur les soins psychiatriques sans consentement,* est accessible ici : https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/2014-12-31-etude-sur-les-soins-sans-consentement-cour-de-cassation.pdf

judiciaire, y compris en France, se sont plutôt placés du côté desdits experts. Ils ont étudié l'activité des experts (Juston Morival, 2020a ; Protais, 2016a), leur sélection sociale (Dumoulin, 2007 ; Juston, 2017), leur rôle au procès (Saetta, 2011, 2012 ; Saetta, Sicot et Renard, 2010) et la manière dont ils paramètrent l'environnement matériel et cognitif des magistrats chargés de prendre la décision (Juston, 2018). Laurence Dumoulin (2000) s'est également intéressée au rôle des rapports d'expertises dans la construction du jugement.

Le domaine que nous étudions présente toutefois des différences importantes avec les situations d'expertises judiciaires. D'abord, le psychiatre est loin d'être un *prestataire de service* ou un *auxiliaire* de justice dans le contrôle judiciaire des hospitalisations. Son savoir accompagne le juge dans son jugement en même temps que sa décision fait l'objet du jugement. Le psychiatre est donc très loin de présenter la neutralité qui caractérise l'expert judiciaire. Également, les certificats médicaux sont le seul mode de communication officiel mettant en relation les médecins qui demandent l'hospitalisation et le juge. À la différence des expertises, ces certificats médicaux ne sont pas complétés par une performance orale de la part du médecin (Saetta, Sicot et Renard, 2010)[1]. Le Dr Vallois, psychiatre dans un établissement de région parisienne, et qui est par ailleurs expert à la Cour, précise également que le format papier de l'expertise est beaucoup plus libre que les certificats demandés dans le cadre du contrôle judiciaire des mesures de contrainte aux soins.

Ces différences importantes ne doivent pas masquer des pratiques communes de la part des juges avec les certificats médicaux et les expertises judiciaires. Le JLD s'efforce de s'approprier les savoirs contenus dans le certificat afin de les reprendre à son propre compte lors de l'audience puis dans sa motivation. Parmi les différents tableaux ou « cadrages » (Dodier, 1993b, p. 91) de la personne qui sont dressés dans les certificats, les JLD sont particulièrement attentifs à ceux permettant de légitimer une décision allant très majoritairement dans le sens d'un maintien en hospitalisation.

a) Lecture des certificats et audition du patient : le dossier incarné

Pour effectuer le travail narratif de reconstitution, les juges disposent des certificats médicaux. La qualification juridique est déjà engagée par le choix d'un mode légal d'hospitalisation ; il s'agit d'observer sa conformité. Certains juges lisent des extraits *in extenso*

[1] C'est le cas dans d'autres systèmes faisant intervenir un contrôle judiciaire dans la poursuite des hospitalisations, comme dans la plupart des États américains (Holstein, 2005 ; Tartour et Barnard, 2018).

des certificats, d'autres préfèrent les reformuler au cours de l'audience. Quelle que soit la méthode retenue pour rendre compte du dossier à l'audience, cette activité suppose dans un premier temps que le JLD prenne connaissance des pièces afin de reconstruire un cas.

> « J'ai une méthode pour moi dans ma prise de connaissance des dossiers. J'essaie toujours de me faire un résumé des certificats et de l'avis motivé. Je le fais la veille en préparant mon audience. Comme ça, quand j'arrive à l'audience je ne reprends pas le dossier, mais tout est un peu écrit. Et c'est des choses que je vais reprendre dans ma décision ensuite. »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Le Juge Dujardin au cours d'un entretien confie également faire une copie de l'avis motivé au 8e jour sur laquelle il souligne les « *choses qui sont intéressantes* » et qu'il va dire à l'audience. Il s'autorise également à annoter le document, notamment en ajoutant les éléments des certificats précédents, « *évidemment ce brouillon n'est pas versé au dossier ! Ouh lala, on verrait mes petits trucs* [rires] » (Juge Dujardin, tribunal du Rhône, février 2018).

Le travail d'alignement auquel les éléments des certificats donnent lieu concerne prioritairement la description des troubles et leur évolution. Les évènements qui conduisent à l'admission sont décrits dans les dossiers avec plus ou moins de précision, permettant d'illustrer les catégories symptomatiques à travers les actes du patient :

> « Je fais du google tout le temps [rires]. Clinophile, tachypsychie, sthénique. Bon, maintenant, ça revient tout le temps. C'est un peu un vocabulaire aussi médical, alors est-ce qu'on les emploie parce que parfois c'est un peu compliqué de transmettre des certificats médicaux au patient ? C'est du vocabulaire de praticien, comme nous, dans le droit, on a un vocabulaire qui permet de se comprendre sans que… Moi, je ne comprends pas forcément le psychiatre sur certaines choses, alors qu'entre eux ils comprennent. Moi, ce que je voudrais c'est des choses bah « elle est connue de l'établissement » par exemple, voilà des choses un peu de contexte. Certains hôpitaux le font, d'autres pas. [...] On a très peu de choses sur le contexte d'entrée [dans le cas des SDRE]. Souvent c'est dans le certificat médical, mais on n'a très peu d'éléments. Même sur les détenus [...] ça ne manque pas plus que ça, je ne motive pas par rapport à ça »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

La lecture synthétique des certificats donne donc lieu à l'élaboration d'une fiction qui est reprise lors de l'audience. Les dossiers de SDT donnent souvent plus de détails : les médecins connaissent déjà le patient et possèdent donc des informations supplémentaires sur les antécédents et le contexte d'entrée. De plus, dans de rares cas, le tiers est présent lors de l'audience, comme c'est le cas dans l'extrait de journal de terrain suivant :

> Audience, CHS du Rhône, février 2018 (Juge Porcat)

> Le patient est un jeune homme d'une vingtaine d'années. Son père qui est le tiers signataire de l'hospitalisation est présent.
>
> La juge : Vous êtes passé par les urgences de l'hôpital Y, parce que ça n'allait pas du tout, ça faisait suite à une insomnie, qui dure depuis pas mal de temps si je comprends bien. Vous aviez déjà fait l'objet de plusieurs hospitalisations, si j'ai bien compris et en tout cas, là, ça n'allait pas et vous avez été conduit sous un certificat de SOS médecins. Vous avez vu un médecin qui rappelle qu'il y avait un contexte d'intoxication cannabique, ce qui ne devait pas arranger les choses, non plus, on imagine. Il est fait état d'un accident de la circulation …
>
> Le père / tiers : En septembre 2015. Un accident grave avec trauma crânien, avec une période de coma et puis là on est dans l'accompagnement. Et puis là il y a aussi de l'hôpital de jour.
>
> La juge : Oui, donc pas facile... donc (en se tournant vers le patient) votre hospitalisation, conformément à ce qu'exigent les textes de loi… et à chaque fois, les médecins concluent qu'il est nécessaire de maintenir l'hospitalisation, « son comportement est à consolider » dit le Dr B dans un certificat. Et pour cette audience, c'est le Dr L qui a fait le certificat et qui nous dit que vous aviez arrêté votre traitement, ce qui avait concouru à votre état d'excitation. Mais il conclut à la nécessité de poursuivre les soins.

Ici, la juge utilise plusieurs sources disponibles (les différents certificats médicaux, les précisions du père) pour justifier sa décision de maintien de l'hospitalisation. En résumé, cette décision se base sur une consommation de toxique, une rupture de traitement et un état d'excitation nécessitant la poursuite des soins. La description de l'état de santé reste très fragmentaire. Dans ce cas, nous ignorons si la juge avait accès à d'autres informations concernant l'état de santé ou le comportement du patient. Les juges développent une technique de reformulation très lâche de l'état de santé pour éviter de répéter les qualifications symptomatiques utilisées par les médecins dans les certificats. Comme dans l'extrait précédent les juges recourent fréquemment à l'expression « *ça n'allait pas du tout* ». Les différents juges utilisent souvent cette expression au cours des audiences : « *ça va mieux ?* » ou « *vous vous sentez comment aujourd'hui ?* », comme l'explique la juge Tésor en entretien :

> « Je vois un peu comment réagit la personne en face de moi voir si j'appuie ou si j'appuie pas. [...] Quand la personne a l'impression d'être jugée ou qu'on lui reproche peut-être tel ou tel symptôme, j'essaie d'éviter. Et je passe à des choses un peu plus générales : comment elle se sent, est-ce qu'elle trouve qu'elle a besoin de soins, est-ce que ça va mieux ? [...] Après je sais que certains collègues ont l'habitude de lire un peu in extenso le contenu des certificats médicaux et je sais que ça a toujours été plutôt source de difficultés »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Si les pratiques de lecture des certificats peuvent être le résultat d'habitudes différentes des juges, la juge Tésor met également l'accent sur l'interaction avec le patient. Elle dit être

attentive à ses réactions pour jauger ce qu'elle peut s'autoriser à dire ou non. Lorsque les patients s'expriment de manière organisée et compréhensible, les juges ont tendance à faire durer l'audience davantage. Ils posent des questions supplémentaires, souvent plus précises sur les traitements, les antécédents et éventuellement le projet de sortie.

Le plus souvent, lors de l'échange avec le patient, il ne s'agit pas de rechercher des détails sur l'état de santé de la personne (au contraire, les juges utilisent des expressions floues) sur lequel les juges s'estiment globalement incompétents. L'échange avec le patient laisse ensuite place à la « plaidoirie » de l'avocat (l'usage de ce terme paraît exagéré au vu de la courte durée de leurs interventions).

b) Reformuler ou confisquer la parole : le rôle de défense de l'avocat

Les avocats, censés protéger les clients des conséquences de leurs moindres dotations en compétences juridiques (Israël, 2009, chap. 2), effectuent un travail de représentations des intérêts de la personne justiciable ainsi qu'une traduction de sa demande en des termes juridiques. Ce qui sous-tend le métier de l'avocat c'est la volonté de convaincre le juge que sa demande vaut mieux que celle de l'autre partie. Dans un rôle de défense, il s'agit de définir, du point de vue juridique et plus largement moral, la situation d'une manière favorable à leur client pour par exemple obtenir la conjuration ou du moins la diminution de la sanction. Dans le cas de l'hospitalisation sans consentement, l'avocat chercherait ainsi à « faire sortir » le patient si telle est sa demande – bien que l'hospitalisation ne puisse être considérée comme une *sanction* des troubles. Cependant, les avocats s'engagent plus volontiers dans un travail d'alignement, là aussi avec l'avis médical. Ce positionnement s'observe notamment dans les modalités par lesquelles ils utilisent la parole de leur client.

En effet, nous avons entendu à plusieurs reprises en audience des avocats déclarer : « *M. U. souhaite demander une sortie d'hospitalisation. Mais cela m'apparaît prématuré et je ne sollicite pas de levée de votre part, Monsieur le Juge* ». Les avocats, comme les juges, exercent un jugement profane (par opposition au jugement de l'expertise médicale). Rendant opérante la discrimination catégorielle dont souffrent les patients atteints de maladie mentale (voir dernière section du chapitre), les avocats estiment ou évaluent l'état de santé de la personne et s'autorisent à formuler un avis sur leur situation. Notons d'ailleurs que la plupart des avocats se réfèrent à la personne qu'ils défendent comme « patient » et bien plus rarement comme

« client ». Lors des audiences également ils évoquent « Mme » ou « M. X » plus volontiers que « mon client ».

Les avocats rencontrent le patient quelques minutes ou quelques heures avant l'audience. Si les professionnels s'accordent sur le caractère essentiel de ces rencontres préalables, on observe dans la pratique qu'elles ne sont pas toujours organisées dans de bonnes conditions. Nous entendons par là qu'elles n'ont parfois pas lieu, ou sur une durée extrêmement courte et dans des lieux qui offrent rarement les garanties procédurales d'intimité nécessaires. Dans l'établissement du Rhône, l'audience se déroule dans une salle à l'entrée de l'établissement, éloignée de plusieurs centaines de mètres des unités. Le patient est amené à l'audience le plus souvent en voiture et accompagné par deux soignants. Le transport demande une importante organisation logistique et il arrive fréquemment qu'à son arrivée dans l'unité l'avocat apprenne que son client est déjà en route pour la salle d'audience. Dans ce cas, l'échange a lieu très rapidement dans une salle attenante à la salle d'audience. Dans la situation suivante, des aménagements sur le planning ont déjà été concédés par la magistrate et elle demande maintenant à traiter le dossier de M. X. Elle apparaît excédée.

> Audience, CHS du Rhône, février 2018
>
> La juge [sort de la salle d'audience, dans le couloir] *Allez, dossier suivant*
>
> Un soignant dans le couloir : *Mais ils sont en entretien…*
>
> La juge : Comment ça se fait ?
>
> La juge [entre dans la salle attenante] : je vous presse un peu Maître, je vous demande d'être rapide [en retournant dans la salle d'audience] « Elle me dit « on vient de commencer » et les infirmiers me disent, ça fait bien 5 minutes qu'ils y sont. Moi, je trouve que c'est pas très fluide, d'habitude ça se passe mieux.

La JLD souhaite avancer plus rapidement les audiences lors d'une matinée qui n'est « pas très fluide », au détriment des entretiens avocat-client.

Au CHS du Rhône, les audiences commencent à 10h. Les avocats arrivent entre 9h et 9h30 pour rencontrer jusqu'à 8 patients – entre les contre-indications et les dessaisissements, souvent plutôt 5 ou 6. Ils n'ont donc que quelques minutes pour évoquer l'audience et leur rôle de conseil. En février 2018, nous accompagnons Maître Lina, par l'entremise de Marianne Vaquer, lors d'une matinée d'audience dans l'établissement du Rhône. Maître Lina est une jeune avocate de moins de 30 ans (il est très courant de commencer sa carrière en enchaînant les commissions d'office). Nous nous rencontrons le lundi après-midi au bureau du greffe, alors qu'elle vient chercher les cinq dossiers à défendre pour le lendemain. Nous convenons de nous

rencontrer devant la grille de l'établissement le lendemain matin. Après quelques péripéties pour identifier l'emplacement des unités d'accueil des personnes avec lesquelles elle va s'entretenir, nous rencontrons tour à tour les quatre patients entre 9h20 et 9h40. Maître Lina se présente toujours de la même manière au patient :

> « Bonjour, je suis Maître Lina, je suis votre avocate. Vous savez que vous allez voir le juge ce matin ? Je vais vous accompagner dans cette procédure pour garantir que vos droits sont bien respectés. Alors, d'abord, dîtes-moi, comment vous sentez-vous ? [Après une réponse variable des patients courte ou plus précise, elle enchaîne] Moi j'ai lu votre dossier, et tous les médecins disent que vous avez encore besoin de rester à l'hôpital pour vous faire soigner, est-ce que vous êtes d'accord avec ça ? [Après la réponse du patient, positive dans trois cas sur quatre]. Je dois quand même vous demander, est-ce que vous voulez que je demande la sortie de l'hôpital ? Sachant que c'est le juge qui prend la décision et qu'il y a très peu de chance que cela aboutisse. [Trois des quatre patients répondent non. Elle conclut ensuite] Bon, et bien un soignant va venir vous chercher dans la matinée, je ne sais pas exactement à quelle heure et on se revoit en salle d'audience, ça va comme ça ? Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ? »

Les échanges durent quelques minutes seulement et ne font apparaître aucun élément nouveau par rapport aux certificats médicaux. L'avocate suit le canevas donné lors de la formation à la commission des soins sans consentement du barreau du Rhône. Elle confie également qu'elle ne sait pas vraiment quelles autres questions poser. De son point de vue, son rôle est d'abord de vérifier que la loi est respectée du point de vue formel « *ensuite je les ai vus, je constate qu'ils sont bien dans le service, c'est rassurant* ».

Dans l'ensemble, ces échanges avocat-client demeurent relativement courts et ne remplissent pas une fonction de « préparation de la défense » comme cela est le cas dans d'autres domaines du droit. La faible coordination entre l'avocat et son client apparaît d'ailleurs parfois flagrante à l'audience, notamment lorsque l'avocat décide de ne pas procéder à la demande d'une levée de soins pourtant formulée par le patient. Le plus souvent, l'avocat prend la parole pour un temps très court et s'astreint à reformuler en quelque sorte les paroles de son client.

> Audience, CHS du Rhône, mars 2018
>
> Le patient [raconte le décès de son oncle qui a affecté son humeur] : Il a eu un accident, c'était comme un frère. Il a pris plein de cachets, et il a sauté de par la fenêtre. Et ça a été un grand choc. Et depuis j'ai grandi dans ma tête. À l'EPM [Établissement pénitentiaire pour mineur]. Maintenant je réagis mieux, j'ai tout compris à la vie, pas tout, mais le minium. Quand je suis entré en détention, j'en ai parlé à l'infirmier et je trouve depuis que ça allait mieux jusqu'au jour où on m'a amené ici sans raison. On m'a dit que j'étais trop agité. J'entendais des gens à la fenêtre de gens qui criaient « on va tuer, on va frapper ta mère ». Ça fait 5 ans que mon oncle il est mort et là je suis dans la maturité.

> La juge : Oui c'est écrit, ça commence à aller un peu mieux, mais votre état fait que vous êtes dans l'impossibilité de retourner en détention.
>
> L'avocate : Ce qu'il essaie de vous dire, c'est que à l'EPM, il a la possibilité d'aller voir l'infirmière et qu'un lien était permis, qu'il ne retrouve pas ici dans l'UHSA. Il aurait besoin de retourner à l'EPM pour continuer les soins une espèce de psychothérapie, et qu'il aide à prendre conscience des causes de son comportement. Il sollicite le retour en détention qu'il estime lui convient mieux.

L'avocate sélectionne les éléments dans le discours du patient et s'efforce de leur donner du sens en les ordonnant correctement, c'est-à-dire selon sa propre logique.

La manière avec laquelle juges et avocats semblent accorder de la crédibilité aux avis médicaux, au détriment parfois de la parole du patient, les place dans une posture de déférence face à la science et à la profession médicale.

2) Les ressources du pouvoir judiciaire : une échelle de la sanction

Le JLD ne dispose formellement que d'une très faible marge de manœuvre dans le contrôle judiciaire des mesures de contrainte. Dans son jugement, le JLD ne dispose que d'un très faible nombre de modalités de réponse. Concrètement, le jugement consiste à autoriser la poursuite des soins à l'hôpital ou lever la mesure.

La levée de soins elle-même peut pourtant recouvrir des significations différentes, en fonction de la manière dont elle est prononcée et des raisons qui la motivent (a). En marge du jugement, le JLD peut également expliciter son désaccord sur certaines pratiques en mettant en scène un délai dans sa réponse : mettre en délibéré la décision et demander un nouvel avis médical sont deux modalités largement utilisées pour marquer l'indécision et se donner les moyens de réduire l'incertitude autour d'un cas (b). Enfin, la motivation du magistrat au cœur du jugement qui résulte de l'audience est un espace scriptural qui répond à des normes étroites, mais à l'intérieur desquelles le magistrat s'aménage des marges de liberté pour faire passer des messages aux équipes hospitalières (et parfois au patient) (c).

a) Les sens d'une levée des soins

La mainlevée des soins par le juge sanctionne son évaluation du dossier et du cas individuel comme relevant d'une non-conformité dite en *légalité externe* ou *sur la forme*[1] ou bien *au fond* [2]. La routinisation bureaucratique permet une grande conformité des dossiers du point de vue formel. Cependant, le juge peut encore juger « sur le fond » que les certificats ne lui permettent pas d'observer la nécessité de la poursuite des soins. Il peut alors prononcer une levée de soins, comme dans l'extrait d'audience présenté ci-après.

> Audience, CHS du Rhône, mai 2018
>
> Le patient est un homme de 41 ans qui s'exprime de manière tout à fait compréhensible, suivi en psychiatrie depuis longtemps. Comme le précise le juge, à la lecture des certificats, il était suivi au CMP et bénéficiait d'une prescription médicamenteuse. Il n'est pas fait état d'une rupture de traitement, mais uniquement d'une dégradation de son état mental. Le patient est employé par une collectivité territoriale et c'est à l'occasion d'un rendez-vous avec le médecin du travail qu'un premier certificat d'hospitalisation est signé. Il est admis par la suite en hospitalisation à la demande de sa mère, qui n'est pas présente lors de l'audience.
>
> Juge Dujardin : Vous avez vu un psychiatre aux 24h, et puis aux 72h suivant votre admission, qui constatent que ça allait mieux, mais qu'il était nécessaire de poursuivre dans le même cadre. Pour cette audience, le Dr G. rappelle dans quelles circonstances vous êtes arrivé ici et conclut à la nécessité de poursuivre dans le même cadre. Vous étiez suivi par le CMP, mais chez vous ça n'allait pas quand même pas bien…
>
> Le patient : C'est-à-dire « ça va pas bien » ?
>
> Juge Dujardin : Il y avait un état de surexcitation.
>
> Le patient : Oui, bah avec l'arrêt de la cigarette, c'est normal je crois.
>
> Juge Dujardin : Le Dr G. dit qu'il faut continuer les soins.
>
> Le patient : Bah moi je suis tout à fait d'accord avec elle. Mais je ne voudrais pas le faire dans ce cadre-là, à l'hôpital, je peux prendre mes médicaments, mais peut-être qu'en ambulatoire aussi. Je ne suis pas un danger pour la population.
>
> [Le patient poursuit en parlant de son contexte de travail. Le juge donne la parole à l'avocate]
>
> L'avocate : Il [le patient] estime que ce n'est pas nécessaire. Il dit prendre un traitement qui est parfaitement adapté pour lui. Il s'organise seul, et il est autonome avec sa famille à proximité. Ici on lui a mis un nouveau traitement qui est trop fort, qui le fait dormir, et il est dit que « le traitement est pris et que l'alliance

[1] La légalité externe de l'examen d'un acte administratif ou contrôle de la régularité concerne l'incompétence de l'autorité signataire, le vice de forme (défaut de motivation de la décision d'admission ou arrêtés préfectoraux) et vice de procédure (délais, notification des droits, identité du médecin signataire ou du tiers).

[2] Dans le cadre d'un contrôle du bien-fondé il est observé par le magistrat la manière dont les certificats médicaux (et non plus les actes administratifs) sont suffisamment circonstanciés. Il doit également répondre à la question suivant : la mesure de restriction de libertés est-elle proportionnée à la nécessité des soins ?

> thérapeutique existe » et dans le dernier certificat il est dit que c'est par mesure de « pure précaution » parce que le médecin du travail dit qu'il était « agité ». Donc il me semble que les conditions ne sont pas remplies pour une surveillance permanente en hospitalisation complète et mon client demande donc la levée de cette mesure.
>
> [le juge demande un délibéré de 15 minutes. Tout le monde sort, on reste dans le couloir.]
>
> Juge Dujardin : J'ordonne la levée avec un effet différé à 24h, ça veut dire que le procureur de la République peut faire appel de ma décision. J'ai pas bien compris pourquoi cette mesure vous était bénéfique, donc je préfère lever. Les certificats médicaux, surtout le dernier là, ne sont pas clairs du tout.

Les certificats médicaux sont critiqués par l'avocate, non pas du point de vue strictement formel, mais parce qu'ils ne sont pas suffisamment circonstanciés ; les médecins évoquent la bonne observance du patient et une mesure contraignante de « *pure précaution* ». Le juge ordonne la levée des soins avec un effet différé de vingt-quatre heures[1]. Si la motivation exprimée à l'oral sanctionne ici la rédaction des certificats, qu'il n'estime pas suffisamment « *clairs* » pour justifier l'hospitalisation complète, la décision du juge s'appuie également sur l'audition du patient au cours de laquelle il apprécie son discours logique et son expression orale claire. De plus, le patient a une activité salariée et dit au cours de l'audience redouter une stigmatisation de la part de son employeur ou de ses collègues si son arrêt de travail se prolonge. L'insertion sociale de la personne concernée par la mesure de contrainte entre dans les critères de décision des juges.

Dans ce cas, la levée de soins est obtenue « sur le fond » (aucune erreur strictement formelle n'est déplorée par le juge ou l'avocat). Elle s'appuie à la fois sur des certificats insuffisamment circonstanciés et sur le « profil » de la personne concernée. Ici, la levée de soins a bien pour objectif central de le faire sortir d'hospitalisation, mais d'autres situations mettent plutôt en avant la sanction des équipes de soins. Lorsque le besoin de soins apparaît manifeste au juge, une levée de soins avec effet différé peut être prononcée avec l'objectif de condamner la légèreté des justifications médicales dans les certificats ou un dossier qui présente des irrégularités.

> « Des fois, quand ça va vraiment pas, on va prononcer une levée. On sait que le médecin va de toute façon garder le patient en refaisant la procédure ou en

[1] Un délai de 24h pour que la décision prenne effet est presque toujours accordé. Celui-ci permet de garder le patient en hospitalisation pendant le temps pendant lequel le procureur peut faire appel de la décision du juge. Il permet également à l'équipe de soins d'organiser la sortie, de réenclencher une procédure d'hospitalisation complète à partir de l'hôpital ou de prolonger la mesure de contrainte en la transformant en programme de soins suivi en ambulatoire

> mettant en place un programme de soins. Mais c'est une manière de leur dire que là, ça suffit, nous on ne peut pas laisser passer des choses comme ça ! »
>
> Juge Godet, JLD à Paris, mars 2015

Une mention peut être ajoutée dans la motivation pour s'assurer que l'équipe de soins comprenne le message. Les échanges récurrents avec le représentant de l'établissement à l'audience permettent également d'exposer les raisons de la levée et de s'assurer qu'elles seront transmises aux services de soins.

b) Le délibéré et l'expertise : réduire ou mettre en scène l'incertitude judiciaire ?

Dans certains cas, le magistrat ne parvient pas à prendre une décision immédiate. Il estime avoir besoin de revoir le dossier, éventuellement des points de droit, et peut prononcer un délibéré lui laissant vingt-quatre heures pour prendre sa décision. Par ailleurs, la lenteur est particulièrement valorisée par les magistrats dans la prise de décision ou, du moins, le fait de ne pas faire dépendre la décision des contraintes extérieures et matérielles (voir par exemple Bessin, 1998). Nous avons vu que des délibérés sont prononcés dans 10% des jugements observés[1]. Le délibéré est souvent nécessaire dans les cas litigieux, les dossiers qui présentent une situation où se croisent différents types de problèmes[2] comme dans l'extrait suivant :

> Audience CHS du Rhône, janvier 2018
>
> Le patient est un jeune homme hospitalisé depuis environ deux mois à la suite d'une demande d'admission par le préfet. Après un premier contrôle du juge régulier au début du mois de décembre, son médecin décide quelques jours plus tard d'organiser un suivi en ambulatoire sous la forme d'un programme de soins obligatoires. Pourtant depuis un mois, et malgré les demandes du médecin, le préfet refuse d'autoriser la sortie de l'hospitalisation complète. Le médecin, en accord avec le patient et son avocat (le même depuis la première saisine de plein droit en décembre), décide de demander la tenue d'une expertise psychiatrique. En parallèle, le patient est sous contrôle judiciaire (pour les mêmes faits que ceux l'ayant conduit en

[1] Nous ne comptons ici que les délibérés réels (N=14), c'est-à-dire rendus après que le juge a quitté la salle d'audience. Nous avons vu qu'une juge au CHS Madeleine Pelletier disait vouloir « délibérer » en la seule présence de sa greffière pour la rédaction du jugement. Ceci ne correspond pas à un « délibéré » tel que nous l'entendons ici.

[2] Un délibéré peut également être prononcé pour éviter de se confronter au patient lors de l'annonce de la décision. Il arrive même que les médecins prennent contact avec le magistrat – parfois *via* la représentante de l'établissement – pour lui demander de bien vouloir rendre sa décision en délibéré pour éviter des réactions violentes que le médecin anticipe chez le patient. Il est difficile de comptabiliser ces situations car le juge n'annonce pas systématiquement les raisons profondes de son choix du délibéré. À partir de nos observations nous pouvons affirmer avoir vu cette situation se produire à 4 reprises, alors que 14 mises en délibérés ont été observées.

hospitalisation). Dans ce cadre, une expertise psychiatrique a été réalisée en décembre, avant la tenue de la première audience. Celle-ci n'est pas versée au dossier.

Lors des débats, le patient reste très calme, mais demande la sortie et que ses droits soient respectés. L'avocate fait valoir l'atteinte aux droits et aux libertés. L'audience ne se passe pas comme d'habitude : les échanges sont entrecoupés et suivent très imparfaitement le canevas habituel.

À l'issue, l'audience aura duré 15 minutes. La juge décide de prononcer un délibéré « *il faut que je revoie les textes là et puis le dossier, c'est n'importe quoi !* ».

À la fin de la matinée, il semble qu'une partie de la situation se soit éclaircie grâce à l'action de la représentante de l'hôpital. L'expertise psychiatrique est bien prévue dix jours plus tard. La juge rédige donc son jugement (après le départ du patient) en précisant qu'une expertise aura lieu dans 10 jours et qu'après celle-ci le patient pourra sortir en programme de soins si l'expertise ne confirme pas le besoin de soins en hospitalisation.

Cet exemple montre une situation particulièrement complexe qui amène la JLD à prononcer un délibéré – même si celui-là se révèle très court puisque la juge obtient finalement la réponse qu'elle souhaitait relative à l'expertise avant d'avoir quitté l'établissement. La JLD exprime son agacement vis-à-vis de l'établissement et de la préfecture qui causent « *une perte du temps* » et utilisent le temps laissé par le délibéré pour obtenir des pièces complémentaires qui lui permettent *in fine* de prendre sa décision.

Lorsqu'un jugement est mis en délibéré, la responsable de l'hôpital l'annonce au service d'accueil. Les réactions sont variables « *mais dans l'ensemble, c'est pas qu'ils s'inquiètent de l'issue du jugement, c'est plutôt qu'ils ne comprennent pas. Donc je prends le temps de leur expliquer les points qui ont fait un peu grogner le JLD et ça permet d'avancer »* (responsable des entrées, CHS Madeleine Pelletier). La représentante de l'hôpital à l'audience s'entretient directement avec les médecins ou le plus souvent avec les cadres des services qui, à leur tour, transmettent aux médecins l'explicitation de la mise en délibéré du juge. Ces échanges souvent informels sont cruciaux dans les mécanismes d'apprentissage des attentes du juge par les équipes hospitalières.

Le plus souvent, la difficulté tient plus aux informations détenues sur le patient qu'à un litige proprement juridique. Le défaut d'information n'est pas nécessairement propre au dossier en cours de jugement, mais peut également être récurrent de la part d'un praticien singulier ou bien d'un établissement qui répète sans cesse la même erreur. Le juge bénéficie de deux leviers qu'il actionne pour obtenir des données supplémentaires sur l'état du patient : demander au médecin rédacteur du dernier avis de rédiger un nouveau certificat médical mieux circonstancié ; ou bien faire intervenir une autorité extérieure en recourant à une expertise. Ces

deux leviers ne sont pas équivalents du point de vue de la défiance que cela suppose envers le médecin.

> « Parfois, je demande un certificat de situation le jour de l'audience, et je mets en délibéré. Et puis je le reçois dans la journée, au pire le lendemain avant de prendre ma décision. [...] La présence des représentants de l'hôpital, ça accélère beaucoup. »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Les échanges directs avec l'équipe peuvent permettre d'obtenir rapidement des pièces supplémentaires à verser au dossier tout en restant dans le strict périmètre de l'équipe médicale. Au CHS Madeleine Pelletier, nous avons vu une juge prévenir au début de l'audience qu'elle réclamait un « *certificat de circonstance* » pour un patient. Il a été convenu avec la représentante de l'hôpital que l'audience du patient serait donc la dernière de la matinée et le certificat a été reçu avant l'audition du patient. Les médecins peuvent être agacés par cette pratique dont la mise en œuvre est parfois difficile. Toutefois, la résolution du litige dans l'intimité du service est appréciée. Cette pratique n'est pas répandue dans tous les tribunaux et lorsqu'elle a cours, elle atteste des bonnes relations entre le tribunal et l'hôpital.

Le JLD dispose également de la possibilité de demander une expertise judiciaire. La demande d'expertise peut également être énoncée par le patient ou son avocat, mais doit toujours être autorisée par le juge. Un expert judiciaire est alors nommé par le tribunal rapidement et n'a que quelques jours pour voir le patient et rendre son rapport écrit. Au cours de nos 147 observations, une seule demande d'expertise a été observée pour un patient dont l'hospitalisation courait depuis six mois et qui avait déjà saisi un JLD quelques mois plus tôt pour demander sa sortie du CHS du Rhône. Les juges justifient le faible nombre de demandes d'expertise par la difficulté de trouver un expert disponible et les manques de moyens du système judiciaire. Un cas de demande d'expertise a été évoqué par la juge Godet lors de notre entretien en mars 2015 :

> Extrait d'une ordonnance rédigée par la juge Godet, Tribunal de Paris
>
> L'avis motivé du xx 2014 note que Mme. X a été accompagnée à l'établissement xx à la suite d'un tableau évocateur d'un processus psychotique évolutif, mais que l'observation dans le service n'a pas mis en évidence d'éléments délirants ou hallucinatoires ni aucun symptôme appartenant à la série psychotique.
>
> Cet avis motivé note simplement « il s'agit d'un probable trouble de la personnalité de type histrionique évocateur d'un état crépusculaire ». Ce diagnostic médical ne décrit ni la manière dont les troubles se manifestent, ni en quoi ils nécessitent une hospitalisation complète. Par ailleurs, il n'indique pas en quoi le consentement ne peut être recueilli pour les soins. Toutefois, il conclut : « Cet état nécessite la poursuite des soins sans consentement en hospitalisation complète ».

La motivation de l'ordonnance fait état de certificats médicaux contradictoires (processus psychotique, mais l'équipe ne décèle pas d'éléments délirants) ainsi que de l'absence de justification de la présence des trois critères présidant à l'hospitalisation en l'absence de consentement : la description précise des troubles, la nécessité des soins sous la forme d'une hospitalisation complète, et l'impossibilité de recueillir le consentement de la personne. Plutôt que de prononcer une levée sèche des soins pour une personne dont certains éléments dans les certificats sont « *inquiétants* », la juge Godet ordonne une expertise. La juge Godet justifie sa décision de trois manières : d'abord, car elle lui permettra de recueillir des éléments supplémentaires essentiels à la construction juridique du cas ; ensuite parce qu'elle permettra un meilleur accès aux droits pour la patiente puisque si l'expertise conclut à la nécessité des soins, celle-ci ne sera pas seulement attestée par son médecin référent ; enfin, car c'est une marque de défiance face au psychiatre qui a rédigé les certificats et une manière d'inciter le médecin et l'établissement à augmenter la qualité de leurs certificats. Si bien souvent les médecins disent être assurés de l'issue de l'expertise, ils confient que l'organisation de la venue de l'expert est chronophage – sa venue est précédée d'un appel téléphonique et le dossier du patient à expertiser doit être transmis préalablement. Ils ajoutent que cela peut créer de la confusion pour le patient et un effet déceptif si l'expertise et l'ordonnance du juge confirment l'hospitalisation.

c) La motivation : faire passer un message

À la fin de l'audience, après audition du patient et prise de parole de l'avocat, le JLD doit enfin *motiver* sa décision. La motivation n'est pas dite à haute-voix au patient lorsque le verdict lui est annoncé. Le juge précise en général : « *vous recevrez ma décision* ». La motivation désigne à la fois le moment et le résultat matériel du travail d'alignement effectué en préparant et au cours de l'audience. Le magistrat n'évoque pas son intime conviction dans le document, mais le respect des principes posés par le droit : la motivation en cas d'autorisation à la poursuite des soins sanctionne la bonne rédaction des certificats.

> « Ça va apparaître si vous voulez dans l'attendu, c'est ce qui va motiver la décision : « attendu, qu'il est attesté par l'avis médical du docteur Untel, médecin de l'établissement en date du, que l'hospitalisation sous contrainte doit se poursuivre » elle est justifiée par cet avis qui doit être suffisamment motivé. [...] ça fait partie du contrôle, du but de cette audience. C'est que le juge, son rôle c'est de voir s'il existe cet avis, et s'il est suffisamment circonstancié. »

> Marianne Vaquer, greffière aux HO du tribunal du Rhône, février 2018

Au contraire, la motivation peut également faire apparaître des imprécisions, des écueils ou des regrets du juge qui apparaissent à la lecture des certificats et/ou qui surviennent au cours des débats à l'audience. Les juges attirent ainsi l'attention des équipes sur une difficulté pour le patient en ajoutant dans le procès-verbal de l'audience qu'une question a été soulevée par le patient. Dans l'extrait d'audience présenté ci-après, la juge autorise la poursuite des soins, mais fait inscrire la mention d'une sortie prochaine organisée avec l'équipe de soins.

> Audience, CHS du Rhône, janvier 2018
>
> Il s'agit d'un contrôle à six mois, alors que le patient est hospitalisé depuis plus de deux ans. Les certificats médicaux font état d'une prolongation de l'hospitalisation due à une difficulté de trouver une structure d'aval d'hébergement pour cet homme de cinquante ans. Il n'a pas de famille dans la région et il perçoit l'allocation adulte handicapé [AAH]. Lors des débats, le patient prévient la juge qu'une sortie est prévue deux semaines plus tard, suite à l'obtention d'une place dans un foyer visant la réinsertion sociale. La juge le félicite et l'enjoint à deux reprises à « *bien prendre les traitements* ».
>
> La juge : Madame la greffière, vous notez bien que c'est avec cet horizon de sortie que j'autorise aujourd'hui à la poursuite.
>
> L'avocate précise après que la juge a dicté son jugement qu'elle avait des « *observations sur les certificats* » [les certificats faisaient état d'une nette amélioration des troubles qui l'avaient conduit à l'hôpital], mais elle avait pris la décision de ne pas les soulever, suite à son entretien avec son client puisque la sortie était prévue. La juge confirme.

Ici, la mention ajoutée à l'ordonnance s'adresse aux soignants pour leur faire remarquer que le dossier qui lui est présenté est plutôt celui d'un patient sortant. La mention qui n'a aucun caractère contraignant sur la poursuite des soins, s'adresse également au patient qui voit se formaliser son projet de sortie (il pourra éventuellement mobiliser la décision du juge comme argument si les soins se poursuivent).

Une multiplicité d'éléments peut venir trouver une inscription dans cette motivation et s'adresser au personnel hospitalier – particulièrement des éléments qui touchent à l'organisation de l'audience (pyjama ou impossibilité pour l'avocate de s'entretenir avec le patient).

Finalement, de la même manière que Pierre Lascoumes synthétise les travaux portant sur l'application des pratiques administratives, le contrôle des hospitalisations sans consentement, bien que porté par une autorité judiciaire, induit que « *les interactions multiformes avec les divers acteurs concernés ne sont pas dominées par une conception policière et répressive du contrôle, mais principalement par une conception pédagogique des métiers. Les activités*

d'accommodement des règles, de mise en conformité a posteriori *et de création de rapports de confiance l'emportent largement sur les activités sanctionnatrices.* » (Lascoumes, 2019, p. 408). En effet, même dans les gestes visant la sanction d'une pratique rédactionnelle ou bureaucratique erronée de leur point de vue, il s'agit moins de punir l'équipe hospitalière qui a commis l'impair que d'éviter que celui-ci ne se répète.

B. Contours et contournements : une construction juridictionnelle en interaction et face au patient

L'interaction entre médecine et justice est nécessairement médiée par le patient puisqu'elle se fait devant lui. Cela nous conduit à interroger plus finement la construction interactive de la juridiction menée par les juges et les médecins à travers la manière dont ils présentent à la personne hospitalisée leur rôle, et surtout ce pour quoi ils ne sont pas responsables. Nous quittons un instant la salle d'audience pour réinvestir l'unité de soins et observer de quelle manière l'audience et le rôle du juge sont présentés par les médecins à leurs patients (1). Nous réintégrons ensuite la salle d'audience pour voir comment le territoire médical est à son tour contouré et contourné par le juge lors de l'audience (2).

1) Entre évocation et invocation du juge : légitimer la décision et réinvestir le territoire du soin

Les psychiatres développent des usages positifs du contrôle judiciaire dans leurs pratiques cliniques. En exploitant la différenciation des rôles judiciaire et médical, ils dessinent et ainsi réinvestissent le territoire du soin.

Dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, la légitimité de la décision est souvent remise en cause par le patient, notamment dans les premiers jours. Les nombreuses observations d'entretiens médicaux que nous avons menées dans les chambres d'isolement (tous les patients y sont en hospitalisation sans consentement) ont permis d'accéder aux pratiques cliniques d'une part et aux discours de patients d'autre part, dans ce contexte particulier. Des patients manifestent un désaccord avec le principe de la mesure d'isolement, ou un agacement quant à sa durée. Que ce soit avant ou après la tenue de l'audience, le juge est fréquemment évoqué voire invoqué pour expliquer la présence d'une contrainte aux soins.

Dans l'extrait d'entretien suivant, la psychiatre affirme s'appuyer sur le contrôle judiciaire pour valider sa décision. Elle utilise cette autorité décisionnaire pour légitimer, au moins dans une certaine mesure, le poids de la décision affectant les libertés de la personne.

> « Moi je trouve souvent que ça aide les patients. […] Et puis pour les patients opposants, ceux qui sont un peu parano, souvent ça leur permet de passer à autre chose – sauf s'ils sont vraiment trop atteints –, mais souvent, après l'audience, ils disent " ah oui, c'est vrai, c'est mieux que je sois là, j'ai vu le juge " et là on peut commencer le travail. Souvent, c'est très court 12 jours, mais parfois c'est presque long pour certains patients et on voudrait que ça vienne plus tôt »
>
> Dr Parc, service Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier, 2018

Les psychiatres se disent d'ailleurs mal à l'aise avec la « notification des droits » au patient, qui est une obligation légale. Expliquer aux patients les voies de recours contre la décision psychiatrique validée par l'autorité judiciaire reviendrait à lui donner des prises concrètes pour la contestation ainsi que des ressorts cognitifs pour penser la décision comme illégitime[1].

La peur initiale de voir les juges devenir co-décisionnaires des enfermements, au risque d'une réduction de l'autonomie professionnelle des psychiatres, a finalement cédé le pas à un usage stratégique de leur présence dans la procédure comme ressource argumentative dans les pratiques cliniques. Dans certaines situations, les psychiatres conseillent aux patients de confier leurs doléances au juge, voire profitent que les juges aient autorisé une prolongation des soins pour faire porter à ces derniers une part de responsabilité. Cet usage stratégique du juge touche tout à la fois des microdécisions relatives au quotidien de la personne et au principe même de la contrainte.

Dans l'établissement Madeleine Pelletier, la salle de réunion des soignants attenante au poste de soins est une pièce vitrée sur deux de ses côtés. Elle est munie d'une porte fermée à clef, à laquelle les patients toquent fréquemment lorsqu'ils ont des demandes aussi variées que l'usage d'un déodorant, une précision sur l'horaire d'un atelier ou la déclaration d'un effet secondaire produit par un traitement. L'équipe soignante, médicale et paramédicale, est fortement sollicitée lorsqu'elle demeure dans cet espace. Chacun tente d'apporter une réponse courte, et souvent négative ou de repousser dans le temps l'accession à la demande. Comme le

[1] Pour éviter que les rôles ne se brouillent, certains établissements choisissent de désigner un professionnel chargé de la notification des droits pour tous les patients de l'hôpital. C'est le cas du CHS Agnès Masson en Aquitaine où une infirmière procède à l'information de tous les patients puis au suivi des cas des contestations en leur expliquant les voies de recours possibles.

décrit Erving Goffman (1968), ce comportement des soignants crée une ambiance de crispation palpable (par l'ethnographe également) et un agacement du côté des soignants. Nous remarquons dans les observations que les soignants développent toujours de courtes explications pour justifier de ne pas accéder à la demande : il faut attendre que l'autre patient soit sorti du poste de soins, c'est le moment des transmissions infirmières, il faudra parler de l'effet secondaire au médecin généraliste qui va bientôt venir, et éventuellement si aucun médecin n'est présent « *vous verrez ça avec le médecin* ». Pour les médecins, rappeler la contrainte légale aux personnes prises en charge et rediriger la demande vers le juge sont des ressources argumentatives supplémentaires pour réserver leur réponse.

> À partir d'un extrait de carnet de terrain, établissement Madeleine Pelletier, décembre 2018 :
>
> M. M est hospitalisé depuis bientôt six mois, il rencontre le juge pour la saisine à 6 mois dans quelques jours. Ce patient est régulièrement dans la demande des résultats de ses examens, de cigarettes, de sorties de courte durée pour aller faire des courses ou voir sa petite-amie. Sa psychiatre paraît toujours excédée quand elle lui répond. Ce jour-là il vient demander une sortie pour pouvoir acheter des cigarettes. Elle lui répond plusieurs fois qu'il n'a pas d'argent pour les cigarettes, il faut attendre que sa mère vienne lui en apporter. Il se montre insistant. La psychiatre finit par lui répondre « *écoutez, vous allez voir le juge cette semaine, si vous trouvez ça vraiment injuste, vous lui demanderez* ».

La psychiatre induit que le juge, en tant que professionnel de la justice, serait responsable pour tout ce qui est de l'ordre du *juste* et de l'*injuste* – comme ici l'accès aux cigarettes. Pourtant cela n'entre nullement dans les charges des juges des libertés et de la détention et ceux-là ne perdent pas une occasion de le rappeler au patient pendant l'audience. Les psychiatres ont l'habitude de renvoyer des demandes particulièrement illégitimes, du point de vue du droit, devant les juges (sur les repas, les visites, les ateliers, les médicaments, etc.) dans une double perspective d'écourter les échanges avec le patient et produire des effets de légitimité de leurs pratiques à moindres frais, en laissant entendre que leur décision est conforme à la loi et à la justice.

Ce renforcement du caractère légitime d'une décision médicale peut parfois aller jusqu'à faire peser le principe même de la contrainte sur un autre acteur. Cette stratégie est déjà utilisée dans le cadre des procédures SDRE, pourtant souvent critiquées parce qu'elles participeraient à brouiller la logique du travail psychiatrique de soins (opposée à la punition).

> Extrait de journal de terrain, Chambre d'isolement, établissement Madeleine Pelletier, décembre 2018 :

> Dr Wid : « Ce n'est pas de notre faute à nous si vous êtes là. La police est venue vous chercher parce que vous aviez trop bu et pris des toxiques, aux urgences, vous avez agressé des infirmières. C'est le préfet qui a décidé de vous mettre ici, parce que vous êtes dangereux. Nous, on est là pour vous soigner »

Ainsi, la psychiatre trace une frontière nette entre leur implication et celle du préfet dans la condition du patient. Cette distinction est également utilisée comme ressource pour réinvestir le domaine du soin sous contrainte. Après que l'audience JLD est passée et a, comme dans plus de 90% des cas, autorisé la poursuite des soins, le psychiatre répète au patient réfractaire « *vous avez bien reçu le papier du juge, il dit que vous devez rester ici* ». Finalement, « *le dispositif* [de contrôle judiciaire] *est loin d'être parfait, mais ça permet un peu de faire peser la contrainte sur quelqu'un d'autre et de nous replacer dans notre position de soignant.* » conclut Dr Chotik (Psychiatre établissement Madeleine Pelletier, 2019).

Pierre Bourdieu (1986a) met en évidence la capacité de la règle de droit à se faire passer comme neutre, universelle voire naturelle, une fois qu'elle est en vigueur. On le voit avec l'instauration du contrôle judiciaire (comme avec les autres mesures de la loi de 2011). Les critiques de fond, parfois virulentes au sujet de l'esprit de la loi et de ses modalités d'application, prédisaient très imparfaitement la manière dont les acteurs se plient aujourd'hui docilement à cette forme de régulation. La sauvegarde du jugement médical et l'usage du contrôle judiciaire comme ressource pour les pratiques cliniques expliquent également l'adhésion des psychiatres à ce dispositif (Castel et Robelet, 2009).

À l'inverse, le principe du contrôle judiciaire est parfois saisi par les professionnels du soin comme une contrainte du point de vue de la prise en charge, non pas pour des raisons organisationnelles, mais là aussi du point de vue des effets cliniques qu'il entraîne. Beaucoup de psychiatres convergent sur le caractère potentiellement inquiétant de l'audience pour des patients, notamment lorsqu'ils ont connu des parcours judiciarisés précédemment. Cette position est synthétisée par le psychiatre Patrick Chaltiel dans un article :

> « La judiciarisation, sous ses aspects actuels, inquiète les patients plus qu'elle ne les rassure. Déjà, ils acceptent mal l'hôpital et le traitement forcé… alors, en plus, une audience au tribunal, pour un patient délirant, envahi d'idées de persécution : on a beau lui expliquer que c'est pour son bien… le transport, les portiques électroniques, la salle commune, l'audience publique, tout est source d'un stress absolument contraire au traitement d'une phase aiguë. » (Chaltiel, 2010)

Lorsque le médecin estime que les conditions ne sont pas réunies pour que le patient rencontre le juge, la possibilité lui est laissé de déclarer une contre-indication de l'état du patient

avec l'audience judiciaire. Cette contre-indication doit être motivée dans l'avis envoyé au 8e jour à l'administration judiciaire. Toutefois, une tolérance, là encore négociée localement, existe de la part des tribunaux qui entendent qu'une situation peut se dégrader, ou au contraire être améliorée au cours des quelques jours qui précèdent l'audience.

Les médecins opèrent des usages stratégiques autour du contrôle judiciaire. Ils l'utilisent comme un levier clinique et peuvent également le contourner (du moins, ne pas laisser le patient se rendre à l'audience). Les médecins font une présentation extensive de la responsabilité judiciaire dans la situation d'une personne hospitalisée. Comment interpréter cela du point de vue de leur relation d'interdépendance ? A-t-on affaire à une délégation de tâches décidée par le médecin ou une subordination subie par lui ? Ici, il s'agit plutôt d'une instrumentalisation du juge pour construire une *juridiction fictive* dans laquelle le médecin se contente de rejeter toutes les questions ou demandes auxquelles il ne souhaite pas ou ne peut pas répondre. Cette stratégie ne s'apparente pas à une délégation de tâches puisque le juge n'est pas compétent pour apporter une réponse concrète au patient et il ne manque pas de le faire savoir lors de l'audience.

2) « Je ne suis pas médecin » : stratégies de contournement et émergence d'une juridiction inoccupée ?

L'audience met en scène la construction d'un pouvoir judiciaire qui s'octroie uniquement des territoires qui ne sont pas préalablement occupés par les médecins. L'usage extrêmement fréquent de l'expression « *Je ne suis pas médecin* » par les JLD en atteste. Mais quel sens faut-il attribuer à cette construction juridictionnelle *en négatif* ? Là encore, le premier réflexe analytique vise à qualifier cette posture de déférente ou du moins dominée puisque le pouvoir judiciaire cède volontiers la place à l'expertise médicale.

Le *rapport d'information* des députés Denys Robiliard et Denis Jacquat de février 2017, pointe « *la contestation croissante, par les patients, des modalités des mesures de soins sans consentement plutôt que de leur principe même* »[1]. Si une partie des problèmes évincés par le juge sont effectivement pris en charge par les médecins (a), d'autres semblent alors ne trouver aucun interlocuteur (b).

[1] Rapport d'information n°4486, par la commission des affaires sociales, *en conclusion des travaux de la* mission d'évaluation *de la* loi n° 2013-869 *du 27 septembre 2013 modifiant* certaines dispositions issues *de la* loi n° 2011-803 *du 5 juillet 2011 relative aux* droits *et à la* protection *des* personnes *faisant l'objet de* soins psychiatriques *et aux* modalités *de leur* prise *en* charge (Accessible au lien suivant : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp#P1459_337181)

a) La définition de la stratégie thérapeutique comme monopole médical

Une très faible proportion des patients présents réfute avec virulence le principe de soins (moins de 10% de notre échantillon) [1]. Des demandes et des plaintes sont cependant fréquemment formulées par les patients devant le tribunal auquel le juge peut opposer un refus de trancher. Cette « fin de non-recevoir » relève de la « qualité pour agir »[2] du JLD ; c'est-à-dire qu'elles ne relèvent effectivement pas directement de leur office. C'est le cas des modalités proprement thérapeutiques de la mesure de contrainte : durée, mode légal de soins, lieu des soins ou encore des traitements médicamenteux.

Le plus souvent, les patients disent accepter d'être soignés ou de se soigner, mais désirent que ces soins prennent une forme ambulatoire et/ou que le principe de la contrainte soit levé (au profit d'une hospitalisation libre ou de la reprise d'un suivi ambulatoire libre, qui était souvent déjà en place avant l'hospitalisation). Les patients font alors valoir leur bonne volonté de suivre un traitement et insistent sur leur besoin de soins. Dans l'extrait d'audience suivant, le patient confie qu'il est gêné par le fait que cette mesure d'hospitalisation ne prévoie pas de date de sortie. Il demande donc au juge *« quand est-ce qu'*[il pourra] *sortir* » et requiert qu'une date de sortie apparaisse sur le jugement. La juge répond en exposant les limites de son office.

> Audience, CHS du Rhône, février 2018
>
> Juge Porcat : Moi, ça, c'est pas à moi de le dire. Ma décision elle est fonction du dossier qu'on me présente aujourd'hui. Si dans trois jours le docteur décide de votre retour, et bien elle décidera de votre retour, sans passer par moi. Moi je prends une décision sur une photographie de votre état aujourd'hui. Mais là, les soignants ont considéré que c'était hors de leur champ de compétences [d'anticiper une date de sortie].
>
> Patient : Par exemple dans 2-3 jours si ça va mieux, je peux faire appel à vous ?
>
> Juge Porcat : Non, c'est le médecin qui décidera…
>
> Patient : Le médecin hier il m'a dit que mon retour serait le 21 mars.

Le patient confère ici à la justice une force décisionnelle en demande que la date de sortie évoquée par le médecin soit inscrite sur la décision du juge. Il est probable que le patient tente

[1] Livia Velpry s'étonne avant nous (2008, p. 166) de l'ambivalence du comportement des patients face à des actes ou des décisions qui contraignent leur volonté personnelle : les patients conjuguent une posture de protestation face à la décision et une grande docilité dans l'accomplissement de ce que l'on attend d'eux.

[2] La « fin de non-recevoir » désigne un défaut de recevabilité de la plainte dans une procédure civile. La « qualité pour agir » désigne dans cette procédure le statut ou le titre particulier de la personne qui lui donne la légitimité et le droit, ou non, d'intenter une action.

de l'y faire inscrire également afin de bénéficier d'un levier auprès du médecin. Toutefois, le juge n'accède pas à sa demande et renvoie la décision dans le camp des médecins. Des échanges similaires ont lieu lorsque le patient demande à rester à l'hôpital, mais sous un mode légal libre.

> Audience, CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018
>
> La juge : Et aujourd'hui est-ce que vous voulez rester encore un peu à l'hôpital ? L'équipe médicale, ils me disent qu'il faut encore rester un peu.
>
> Patiente : Oui, c'est une bonne idée, mais j'aimerais bien en soins libres. Je vais pas aller demander ma sortie si je suis en soins libres, mais j'aimerais bien.
>
> La juge : Bah, c'est pas vraiment mon travail à moi de dire si vous devez être en soins libres ou pas. Le 22, ils disaient qu'il valait mieux que vous restiez avec eux, alors ça date un peu, mais bon. (donne la parole à l'avocate)
>
> Avocate : Bon, la patiente se retrouve en HO après un programme de soins qui a échoué. Je comprends qu'elle se retrouve frustrée parce qu'elle n'est pas en SL. Mais bon, je pense que c'est une question de jours. Il y a quand même un projet qui va se mettre en place. Donc moi je ne vous demande pas la mainlevée aujourd'hui, puisque ce n'est pas vraiment la question. Il faut qu'elle s'épanouisse, de façon à prendre son traitement comme il faut ici, et pouvoir après sortir avec son projet.

La patiente qui s'exprime est une « habituée », selon l'expression des soignants. Elle est très régulièrement hospitalisée, alternativement en soins libres et en soins sans consentement. Comme c'est le cas assez souvent, l'avocate ne se fait pas la voix de la demande de sa cliente qui désire une levée de la contrainte. La juge prononce une autorisation de poursuite des soins. Le JLD n'est de fait pas amené à se prononcer sur la capacité à consentir du patient.

Les discussions portant sur les traitements médicamenteux occupent également une place importante pendant l'audience. Un peu plus de la moitié des patients présents à l'audience mentionne les médicaments, la plupart d'entre eux pour se plaindre de leurs effets. Le plus souvent ils se plaignent de l'effet sédatif propre aux traitements psychotropes qui sont prescrits à forte dose à l'hôpital, plus rarement ils expriment des plaintes relatives aux effets secondaires ou des doutes sur l'efficacité des traitements. Les patients sont systématiquement renvoyés vers leur médecin comme seul expert et décisionnaire.

> Audience, CHS du Rhône, février 2018
>
> La Juge : Moi, les effets secondaires dont vous vous plaignez ça ne rentre pas dans mon champ de compétence.

> Audience, CHS du Rhône, janvier 2018
>
> [La juge annonce la poursuite des soins à un patient qui n'exprimait pas le souhait de quitter de l'hôpital]
>
> Patient : Ça réduit le traitement ?

> Juge : Non, il faut en parler avec le médecin, moi je ne sais pas.

À la différence du système new-yorkais par exemple dans lequel les juges doivent autoriser le traitement en cas d'absence de consentement au traitement de la part du patient (Tartour et Barnard, 2018), le système français ne donne pas au JLD ce pouvoir[1]. L'hospitalisation d'une personne sous un mode légal sans consentement autorise l'équipe médicale à procéder à une administration forcée du traitement ainsi qu'à tout autre acte de contrainte physique autorisé par la loi (voir encadre ci-après).

L'enfermement en chambre d'isolement et le recours à la contention sont également fréquemment évoqués par les patients comme des difficultés dans leur prise en charge. La loi de 2011 et ses modifications n'incluant pas ces gestes dans le mandat judiciaire, le juge renvoie là aussi les patients vers les médecins. Cependant, l'encadrement institutionnel du recours à la contrainte physique se voit progressivement renforcé, jusqu'à une très récente réponse à une QPC dans laquelle le Conseil constitutionnel impose au Législateur de définir le délai au-delà duquel le JLD devra être saisi pour contrôler ces mesures restrictives de libertés.

Encadré : L'encadrement institutionnel progressif de l'isolement et de la contention[2] : quel rôle pour le juge ?

La valeur médicale des gestes de contrainte (1838-2016). En 1838, lorsque les conditions d'organisation de l'asile sont définies, les médecins se voient confier à la fois la fonction médicale et thérapeutique nécessaire pour que les personnes recouvrent la raison ainsi que le rôle de « police » (Moreau, 2015, p. 102 et 136‑141). De fait, les gestes thérapeutiques et de maintien de l'ordre se confondent largement. En 1938, l'actualisation du règlement modèle avait conduit à préciser que le médecin-chef avait, lui seul, « *qualité pour prescrire, à titre exceptionnel, le placement en chambre d'isolement et l'emploi des moyens de contrainte*. » En 1993, une circulaire de la Direction générale de la Santé rappelle que seules les personnes hospitalisées sous un mode légal non libre peuvent faire l'objet d'une mesure de restriction de leur liberté d'aller et venir (service fermé, chambre d'isolement et *a fortiori* contention physique). L'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue Haute autorité de santé en 2004) a publié un référentiel central en 1998 répertoriant les indications prévalant à la prescription de mise en chambre d'isolement. La loi de 2011 enfin insiste sur la nécessité de « proportionnalité » de la mesure avec l'état de la personne.

[1] Voir également (Bernheim, 2010) pour une critique du système québécois.

[2] Nous renvoyons le lecteur sur ce thème à la thèse de doctorat très complète de Delphine Moreau, intitulée *Contraindre pour soigner ?* (2015), consacrée à l'étude des tensions normatives qui entourent le recours aux mesures de contrainte psychiatrique (à partir d'un terrain empirique qui précède la loi de 2011). Plus récemment (Velpry et Saetta, 2018).

Investissement légal et inflation régulatoire, vers un contrôle judiciaire des pratiques de contrainte physique (2016-2020) ? Dans les années 2010, une plus grande attention est portée aux conditions de prise en charge à l'intérieur des établissements – la création du CGLPL ayant joué un rôle important dans la montée en charge de cette controverse. Reprenant la proposition n°15 de son rapport d'étape sur les soins sans consentement (2013)[1], Denys Robiliard dépose un amendement à la *loi de modernisation de notre système de santé* votée en janvier 2016, visant à mieux encadrer, objectiver, contrôler et réduire les pratiques de contrainte (sur l'adoption de l'amendement voir Moreau, 2015, p. 146‑147). La loi de 2016 encadre le recours à ces pratiques qualifiées de « *dernier recours* » en en limitant la prolongation dans la durée. Du point de vue de l'objectivation, la loi de 2016 prévoit la mise en place de « registres » des contentions et de l'isolement permettant de suivre de manière chiffrée l'usage des pratiques de contraintes, ainsi que les situations individuelles pour les personnes autorisées à consulter ces registres (CDSP, CGLPL et parlementaires). Également, elle assure un important déplacement sémantique en faisant du recours à l'isolement et à la contention des *décisions* médicales (et non plus des *prescriptions*). Cette excursion relative de la férule médicale critiquée par les médecins (David, 2019)[2] ouvre la voie à une action élargie sur les sujets de la contention et de l'isolement.

En 2016, le CGLPL publie un rapport complet consacré à l'isolement et à la contention, issu de ses visites d'établissements de soins. En février 2017, la HAS publie une recommandation de bonne pratique relative à l'isolement et à la contention en psychiatrie générale. Puis une circulaire d'instruction datant de mars 2017 précise le contenu strict du registre et affiche l'objectif de *réduction* de ces pratiques contraignantes grâce notamment à l'objectivation de celle-ci au cours d'une enquête d'envergure nationale.

Le Conseil constitutionnel a répondu le 19 juin 2020 à une QPC représentée par Me Raphaël Mayet portant sur l'isolement et la contention. Il laisse au Législateur jusqu'au 31 décembre 2020 pour se prononcer sur la durée au-delà de laquelle le maintien des mesures d'isolement et/ou de contention doit être contrôlé par un juge.

Pour les traitements comme pour les autres sujets, c'est pourtant parfois à l'initiative des juges que la question est soulevée, comme en témoigne la juge Tésor en entretien :

> « Je pose toujours des questions. Savoir si la personne est d'accord ou pas pour rester, si elle en a parlé avec son médecin, la durée qui était envisagée d'hospitalisation. Savoir aussi si elle prend un traitement et si elle d'accord pour le prendre ce traitement, et si elle continuerait à le prendre à l'extérieur. Savoir aussi si elle se sentait mieux. »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

[1] Cette proposition reprend également une des mesures contenues dans le rapport annuel du CGLP pour l'année 2013, dans une rubrique si délicatement intitulée « *Pourquoi viens-tu si tard ? (Vingt mesures attendues des pouvoirs publics)* ».

[2] Voir l'explication juridique en réponse à la question d'un médecin regrettant que la suppression de la mention de *prescription* suppose que les mesures ne sont pas décidées dans un objectif thérapeutique (Pechillon et David, 2017).

Dès lors, la fin de non-recevoir qui lui est opposée peut être plus difficile à comprendre pour le patient. Le « passage devant le juge » produit de la confusion chez les patients puisque les thèmes qu'ils souhaiteraient aborder au cours l'audience ne constituent pas l'objet du contrôle – alors même que les médecins les ont parfois invités à discuter d'une variété de sujets avec le juge. Le périmètre de chacun des territoires professionnels est clair dans les termes de la loi, et paraît être respecté conformément à celle-ci par les juges.

b) Les conditions de vie dans l'unité : l'émergence d'une juridiction dont personne ne veut ?

D'autres thèmes sont régulièrement abordés par les patients que nous désignons comme relatifs aux conditions de vie dans l'unité. Il ne s'agit pas de questions à proprement parler médicales, mais tous ces « petits droits » qui se retrouvent restreints dès lors que l'on entre à l'hôpital. Au cours de l'hospitalisation, une multitude de conditions peuvent venir altérer les libertés fondamentales de la personne prise en charge : la réduction des contacts avec l'extérieur (téléphone ou visite), ou encore la restriction d'accès aux produits d'hygiène, aux cigarettes ou à une nourriture appréciée sont des formes très courantes de contrôle social qui affectent directement le patient en tant que sujet. La liberté d'aller et venir est mise à mal par l'hospitalisation, d'autant plus lorsque les portes du service, voire de la chambre se referment (pour éviter que le patient ne s'isole, le médecin peut décider de fermer la porte de la chambre à clef pendant la journée pour contraindre le patient à demeurer dans les parties communes du service). Certaines restrictions sont liées à des enjeux organisationnels liés à la vie « en collectivité » (on pense par exemple aux restrictions de mouvement imposées aux patients dans le cadre de la lutte contre la Covid au printemps 2020). D'autres renvoient davantage à des restrictions spécifiques imposées aux patients en fonction de leur état de santé et font œuvre de dérogation des règles générales. L'accès au téléphone, les visites, les cigarettes, les plats servis à la cantine ou encore les activités sont quelques-unes des thématiques que les personnes hospitalisées cherchent à discuter lors de l'audience.

Dans l'extrait suivant, la patiente, qui par ailleurs demande une levée de l'hospitalisation pour poursuivre son traitement médicamenteux et psychothérapique avec son psychiatre libéral, évoque la nourriture à l'hôpital.

> Audience CHS Madeleine Pelletier, novembre 2019
>
> Patiente : Oui, j'aimerais juste demander comment est-ce qu'on peut servir du non-bio dans un hôpital ? Du thon, qui est le poisson qui contient le plus de métaux

> lourds, en plus de vider les océans, à des patients qui ne vont pas bien et quand on sait que l'alimentation est une partie importante du rétablissement ? Comment on peut avoir de la viande rouge, même le soir au moins 4 fois par semaine ?
>
> La juge : Maître ?

La juge ne prend pas la peine de répondre à l'interpellation de la patiente et demande plutôt à l'avocate de s'exprimer, lui signifiant implicitement que sa demande est inopportune. Si l'usage de cette stratégie d'ignorer le patient est rare, elle se révèle efficace envers des patients qui ont bien souvent intériorisé la domination institutionnelle dont ils font l'objet (Goffman, 1968). Le plus souvent les juges font valoir que cela ne fait pas partie de leur fonction. Dans l'extrait suivant, lorsque la juge demande au patient s'il veut « *ajouter quelque chose* », le patient met en avant la difficulté pour lui de ne pas pouvoir fumer librement.

> Audience CHS du Rhône, février 2018
>
> Patient : Dans la salle d'apaisement, ils veulent pas que je fume alors que je fume.
>
> Juge Porcat : Oui bah, ça ce n'est pas de ma compétence. Il y a des règles à respecter, mais j'ai lu effectivement que c'était un problème pour vous.

La juge répond simplement au patient que « *ce n'est pas de* [sa] *compétence* ». Souvent, les juges ajoutent également qu'il faudra « *demander au médecin* ». Dans l'extrait suivant encore, la patiente énonce plusieurs plaintes au cours de l'audience. Elle se plaint de la mesure de contrainte et voudrait passer en soins libres, elle évoque son passage en chambre d'isolement (« *ça rend encore plus fou* »), elle dit ne pas se sentir bien à l'hôpital et rapporte que « *ça ne passe pas* » avec son psychiatre référent. Elle dénonce enfin des « *problèmes de communication interne* » :

> Audience CHS Madeleine Pelletier, novembre 2018
>
> La juge : Moi je n'ai aucun pouvoir sur les modalités ! Il faut voir ça avec votre médecin.
>
> Patiente : Oui, mais il y a un problème de communication interne. À chaque fois que je demande quelque chose, on me dit de demander au médecin et c'est ça qui me dérange…

Elle évoque à travers les « *problèmes de communication interne* » la problématique du pouvoir médical au sein des unités psychiatriques. La réponse « *Demandez à votre médecin* » représente également une formule largement utilisée par les soignants paramédicaux, destinée à sursoir la réponse à une demande émanant d'un patient. Du côté des soignants, l'opposition de ces restrictions est bien souvent justifiée pour des raisons qui sont à la fois thérapeutiques

(si M. X boit trop de café le risque de crise d'angoisse est majoré) et organisationnelles (M. Y présente des risques de fugue importants, la fermeture du service est ainsi décidée pour permettre la gestion de ce risque). Un service de soins, loin d'être un ensemble monolithique fonctionne avec des forces divergentes en son sein. Ces divergences qui peuvent éventuellement trouver leur source dans des conceptions différenciées du soin, se révèlent à l'observateur lors des discussions au sujet des aménagements concrets des prises en charge individuelles. Pour qu'elles soient acceptées largement dans le service, les restrictions supposent de bénéficier d'une double justification à la fois clinique et organisationnelle. Frédéric Mougeot (2019) décrit dans son travail sur les infirmiers psychiatriques les tensions que ces discussions peuvent engager entre l'équipe paramédicale et les médecins. En effet, les soignants paramédicaux étant auprès des patients « *toute la journée* » comme ils le disent souvent, estiment avoir leur mot à dire dans la prise de ces décisions. Lorsque les médecins ne leur accordent pas cette place de négociateur, les relations de travail sont rendues plus complexes.

On comprend à travers la plainte récurrente des patients au tribunal et nos observations dans les unités de soins que les lignes hiérarchiques permettant d'accéder à ces droits ne sont pas toujours bien définies, ou qu'elles ne permettent pas de voies de recours satisfaisantes du point de vue des patients. L'invariable réponse des juges « *demandez à votre médecin* » permet d'apprécier d'ailleurs une connaissance ambivalente de la réalité du service de soins de la part des juges et des avocats : à la fois une appréhension juste de l'étendue du pouvoir médical à l'intérieur d'une unité de soins, mais également une méconnaissance de l'organisation du travail qui ne laisse que peu de place aux plaintes ou aux doutes des patients hospitalisés en dehors des créneaux spécialement aménagés pour cela.

Le domaine de compétence des juges demeure restreint et ne permet pas d'englober la multiplicité des gestes, parfois discrets, qui participent au maintien des patients dans une situation contrainte. La manière dont les juges (ne) se les approprient (pas), et plus largement l'encadrement institutionnel et politique dont elles font l'objet, dresse une hiérarchie entre les droits qui sont traités comme fondamentaux et les autres. La jurisprudence continue de travailler la juridiction de la contrainte et le mandat judiciaire. Nous avons précédemment évoqué le recours à la contrainte physique ou encore la requalification d'un programme de soin en hospitalisation complète qui entrent progressivement dans le domaine de compétence de la justice. Mais qu'en est-il des conditions de vie dans l'unité ? L'absence de réponse satisfaisante obtenue par les patients nous conduit à observer la constitution d'une juridiction qui ne semble être prise en charge par aucun acteur professionnel. Des arrangements locaux plus ou moins

institutionnalisés président à la résolution des litiges et précisent la règle générale définissant que le médecin référent décide (en recherchant l'accord de l'équipe soignante) de l'attribution de telle dérogation, tel privilège ou au contraire de telle restriction pour un patient donné. Des réunions sont par exemple organisées dans l'unité Camille Claudel du CHS Madeleine Pelletier toutes les deux semaines, au cours desquelles les patients sont autorisés à émettre des critiques ou des propositions visant des demandes collectives. Les plaintes individuelles peuvent également être adressées à la commission des usagers de l'établissement[1].

Pour terminer, nous proposons une réponse à la question posée en introduction de la section : comment la construction juridictionnelle opérée face au patient nous informe sur les interactions professionnelles des juges et des médecins ? D'abord, il s'agit d'élargir les observations de l'interaction juge/médecin à ses « auditoires » (Abbott, 2016) : non seulement à l'usager, mais également à l'État (qui opère en ce moment un partage de la juridiction de la contrainte physique entre décision médicale et contrôle judiciaire) ainsi qu'aux autres professionnels de l'environnement (notamment avocats et soignants). Ces derniers peuvent procéder à des appropriations ponctuelles, locales et limitées dans le temps de domaines sur lesquels ils s'autorisent à agir ou à réorienter le patient. Enfin, les interactions professionnelles prennent des formes de coordination variées. La concurrence y est résiduelle au profit d'un usage stratégique de la délégation de tâches allant parfois jusqu'à la caricature et l'instrumentalisation des rôles professionnels face au patient.

C. Un « retournement » du dispositif d'accès aux droits

Au-delà du contrôle de la légalité de la mesure, le contrôle judiciaire sert également des objectifs cliniques et l'on peine à reconnaître une posture protectrice des droits de la part des tribunaux, malgré l'attention portée par les juges aux réactions du patient. Au contraire, nous soutenons que le dispositif est victime d'un « retournement » au cours duquel la logique professionnelle prend le dessus par rapport à la logique propre de l'usager. Ce retournement

[1] Le programme de recherche Proplaint financé par l'Iresp (Emmanuelle Fillon, Lucie Lechevalier, Ana Marques, Julie Minoc, Sébastien Saetta et Pierre Vidal-Naquet), s'intéresse à la participation des usagers dans des établissements de santé et médico-sociaux à partir des plaintes et critiques formulées par les usagers. Les premiers résultats montrent un sous-usage des dispositifs formels chargés de recueillir et traiter les plaintes des personnes prises en charge.

s'observe d'abord par le discours de neutralité du contrôle porté par les juges qui insistent volontiers sur l'enjeu purement formel de l'audience. En réalité, l'examen des critères de fond s'adosse au contrôle formel, et le rend inopérant (1). Sous nos yeux, le mandat professionnel des magistrats et des professionnels du droit se réduit, et ses limites s'effacent jusqu'à parfois devenir indistinctes. À la place, les magistrats exercent une *expertise morale* sur l'état des personnes concernées par les mesures. Si les magistrats et les avocats « ne sont pas médecins », ils ne perdent pas une occasion de rappeler à l'usager sa position d'*objet* du soin médical (2).

1) Un contrôle pas si formel

Alors que le contrôle des hospitalisations apparaît à première vue comme une exigence d'abord formelle, certains juges et avocats reconnaissent en entretien faire preuve d'un moindre formalisme juridique[1]. Il semble qu'en matière de santé mentale, le fond l'emporte sur la forme. Comme dans le cas des expertises médico-légales (voir Dumoulin, 2000, p. 207), les juges peuvent d'ailleurs critiquer la qualité rédactionnelle d'un certificat (sur la forme) tout en « piochant » à l'intérieur les éléments permettant d'autoriser la poursuite des soins (sur le fond). La mise en œuvre de la décision du médecin a une plus haute valeur que le respect des règles formelles de la procédure.

> « Les policiers, parfois, ils ne comprennent pas, pour une garde à vue, pour la moindre petite erreur de rédaction du procès-verbal la mesure est levée, là c'est pas le cas ! On ne peut pas. Et puis franchement si on levait à chaque fois qu'il y a une irrégularité, tout le monde serait dehors ! »
>
> Juge Godet, JLD à Paris, mars 2015

En effet, la présence d'une nullité n'entraîne pas automatiquement la levée. Un défaut de la procédure en légalité n'entraîne une nullité de la mesure, et une levée, que si l'écart à la règle atteint, selon l'appréciation du juge, le respect des droits du patient : « *Il y a un contrôle très*

[1] Sur les 22 avocats que nous avons observés lors des audiences aucun n'a déployé une stratégie de défense uniquement basée sur des vices de forme. Dans les entretiens que nous avons menés avec les avocats formellement (N=6) et informellement à la suite des audiences (N=11), seul un avocat parisien spécialisé dans le contentieux a dit attaquer systématiquement sur des vices de forme. Pourtant, nous savons que les avocats particulièrement engagés dans cette cause procèdent à des formations (telle que le séminaire organisé par le Syndicats des avocats de France à laquelle nous avons assisté) où la reconnaissance des vices de forme est enseignée. La stratégie du CRPA également développe une stratégie de respect ultra-formel du droit dans la défense des personnes hospitalisées.

formel, mais qui est aussi soumis à grief[1]*, donc même s'il y a des choses qui ne sont pas bien respectées on ne lève pas forcément. Il faut penser si la levée d'hospitalisation ne va pas lui porter plus grief ?* » (Juge Godet, JLD à Paris, mars 2015).

Cette question est au cœur de l'office du JLD dans ce contentieux et suppose que le juge évalue en premier lieu la présence d'une irrégularité et dans un deuxième temps si celle-ci porte atteinte aux droits et libertés de la personne concernée par la mesure. Cela permet une palette d'interprétations variées. Stéphanie Gargoullaud, magistrate à la Cour de cassation, dans une communication lors du colloque « Folie et déraison » insiste sur le caractère strictement médical des compétences d'évaluation des troubles et du consentement. Elle conclut sa communication en énonçant la stricte compétence du juge : l'évaluation de la régularité de l'hospitalisation sans consentement comme acte administratif et la légalité juridique d'une privation de liberté. En ce sens, le contrôle judiciaire des hospitalisations s'apparente à une procédure dite de *due process* aux États-Unis, censée garantir au citoyen que les autorités publiques respectent ses droits (voir Epp, 2009).

À travers l'évaluation de ces deux critères (régularité administrative et légalité juridique de la privation de liberté), la question à laquelle s'efforce de répondre le JLD concerne, dans leurs propres mots la « proportionnalité de la mesure » :

> « Les médecins c'est vraiment de la rédaction, des précisions. Alors, c'est toujours compliqué parce que nous on sait pas vraiment identifier ce qui peut autoriser la poursuite d'une mesure. On peut considérer qu'elle est proportionnelle à la privation de liberté. C'est vraiment de la proportionnalité. Est-ce que la mesure de contrainte elle est vraiment proportionnée à ce que l'on attend des soins ? Mais on n'est pas médecin, on est beaucoup moins le sachant que dans le domaine du pénal »
>
> Juge Tachet, JLD en région parisienne, février 2019

Maître Adam lors d'un entretien relate une situation où une jeune consœur a soulevé deux nullités lors d'un contrôle qui ont été « *balayées d'un revers de main par la juge* ». L'avocate responsable de la commission des soins sans consentement du barreau du Rhône ne désapprouve pas cette pratique de la part de la juge. En revanche, elle souhaite communiquer au sein de la commission *via* la liste mail sur ces deux nullités afin de pouvoir les réutiliser dans d'autres dossiers. L'évaluation de la régularité dépend de l'importance du défaut dans le dossier ainsi que de la récurrence éventuelle de l'écart à la règle. Si l'absence d'un certificat obligatoire

[1] La mention de « grief » avait été ajouté en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale et maintenue dans la loi malgré l'opposition du Sénat.

est reconnue unanimement comme une source de nullité, les acteurs s'accordent également pour dire que cette situation est résiduelle. D'autres erreurs, dans l'horodatage des certificats par exemple, apparaissent de moindre gravité.

Encore une fois, c'est la qualité de la description des troubles qui compte d'abord pour le juge dans sa prise de décision, comme l'explique la Juge Tésor.

> « Je l'ai fait [des mainlevées] sur des questions de procédure, mais jamais sur des questions… d'opportunité. C'est compliqué pour moi de contester l'avis des médecins qui sont souvent plusieurs. Je pense aussi que pendant un quart d'heure la personne peut se présenter sous un bon jour parce qu'elle a envie de sortir… Moi je vais rarement à l'encontre de l'avis du médecin. C'est plutôt quand les certificats disent rien : « elle est bien, elle est calme, pas trop d'éléments délirants… » Bon bah là »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

La juge Tésor ajoute également : « *Je ne regarde pas vraiment les points de droit [...] et je ne la soulève pas d'office non plus, j'attends qu'on le fasse* ». En effet, nous avons constaté que les juges ne soulèvent pas de nullité ou de « points de droit » au cours de l'audience, mais y répondent lorsqu'ils sont soulevés par l'avocat. Les avocats soulèvent souvent des nullités tout en précisant qu'ils ne demandent pas de levée de soins.

À l'idée que les JLD peuvent choisir d'exercer un contrôle purement formel de la procédure – ce qu'ils ne font pas ou très rarement dans nos observations – ou bien un contrôle « au fond », c'est-à-dire visant le bien-fondé de la mesure de contrainte, se substitue le résultat des observations montrant plutôt une pluralité de formes et d'intensités de contrôle possibles. À la rationalité purement *instrumentale* de l'examen des pièces s'adjoint une rationalité *axiologique* pour évaluer le bien-fondé de la mesure (Weber, 2008).

2) Un dispositif d'expertise morale ?

Dans ses textes sur l'expertise, Michel Foucault dresse un portrait au vitriol des médecins experts « *Qu'est-ce que l'on fait apparaître à travers ces expertises ? La maladie ? Pas du tout. La responsabilité ? Pas du tout. La liberté ? Pas du tout. Mais toujours les mêmes images, toujours les mêmes gestes, toujours les mêmes attitudes* » (Foucault, 1999b, cours du 15 janvier 1975). Il conclut finalement que les experts psychiatres utilisent les « *catégories élémentaires de la moralité* » pour décrire les personnes ayant commis un crime. Nous nous plaçons du côté des juges, qui reçoivent ses expertises. Avec des mots moins durs que ceux de Michel Foucault,

nous montrons la charge morale du jugement judiciaire dans le contrôle des hospitalisations. La littérature permet d'assumer l'hypothèse selon laquelle les juges et les avocats s'autorisent ces « petites phrases » du fait de la condition de malade mental de la personne. La stigmatisation sociale que souffre cette population de manière généralisée n'est pas mise en suspens le temps de l'audience (Appelbaum, 1994 ; Laniel, Bernheim et Chalifour, 2016 ; Morris, 2009 ; Warren, 1982), au contraire, les professionnels du droit habitués à un mandat extensif sur la vie des personnes l'exercent également sur les personnes hospitalisées.

Le juge répète fréquemment qu'il « n'est pas médecin », mais nous montrons que cette déclaration en incompétence récurrente ne touche pas tous les patients de la même manière (a). Sur certains points médicaux, les magistrats s'estiment d'ailleurs intrinsèquement compétents et s'autorisent un jugement, relevant davantage d'une logique morale que judiciaire (b).

a) Identification et inégalités de traitement

Émilie Biland et Hélène Steinmetz (2017) mettent les juges français et canadiens à l'épreuve de la définition du *street-level bureaucrat* de Michael Lipsky (1980). Elles notent, dans une perspective proche des *sentencing studies* (voir Vanhamme et Beyens, 2007) notamment que bien loin de l'approche neutraliste du bureaucrate supportée par Max Weber (2008), les juges en tant que *street-level bureaucrats* sont perclus des mêmes biais que tous les agents sociaux (Biland et Steinmetz, 2017, p. 315). Des travaux montrent que lorsque les juges ont affaire à des personnes avec lesquelles ils entretiennent une distance sociale importante, un défaut de compréhension de leur situation est palpable et se répercute dans leurs décisions[1]. En effet, la question de l'identification du magistrat au justiciable est centrale ici.

> « C'est vrai que, des fois, je me dis… Il y a des gens avec qui je m'identifie plus que d'autres, disons les accidents de la vie, des burn-out au travail, une rupture amoureuse des choses comme ça. C'est pas des gens qui ont des maladies psychiatriques diagnostiquées, suivies, chroniques où je vais me dire « c'est quand même rude, ça doit être dur c'est vrai, bon est-ce que finalement c'est vraiment adapté ? J'ai l'impression que ça va, mais si finalement ça va pas et qu'elle va se suicider. Les médecins pensent que… et puis moi je ne suis pas médecin » »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

[1] Julie Minoc (cit. in Le Collectif Onze, 2013, p. 106) montre que les juges aux affaires familiales dans les affaires de ruptures conjugales ont plus tendance à demander des enquêtes sociales pour objectiver la situation sociale des familles à des justiciables issues de catégories socioprofessionnelles inférieures.

La juge Tésor confie s'identifier à certains patients plus qu'à d'autres et reconnaît que cela modifie son processus de réflexion sur le cas. Nous observons effectivement que le magistrat a tendance à s'identifier aux patients qui font preuve de réflexivité sur leur situation. Comme c'est le cas fréquemment en santé mentale, la capacité à émettre un jugement sur soi-même est accordée aux patients reconnaissant leur maladie et leur besoin de soins (Gong, 2017). Dans le cas suivant, la juge minore le caractère délirant du patient puisque lui-même l'évoque comme symptomatique :

> Audiences, CHS du Rhône, février 2018
>
> Juge : Vous êtes d'accord pour rester un peu ?
>
> Patient : Oui, c'est bien, j'en avais besoin. J'allais venir de moi-même et puis j'ai tardé un peu. Je me sentais suivi, persécuté. Un délire 2.0 on va dire, je me sentais persécuté et suivi, comme un jeu.
>
> Juge : Oui bah Google nous observe, mais ça c'est tout le monde !

Dans les cas jugés aux affaires familiales, le niveau d'intrusion dans l'intimité des couples et des familles dépend de l'adéquation des demandes entre elles ainsi que d'une série de caractéristiques sociales discriminantes : genre, situation professionnelle, nationalité en premier lieu (Le collectif Onze et Le collectif Onze, 2013, p. 68‑69). Ici aussi, on observe que certaines de ces caractéristiques entrent directement en jeu dans la manière dont le juge s'adresse aux personnes hospitalisées. Une personne insérée socialement et qui s'exprime de manière compréhensible bénéficiera d'une plus longue écoute de la part du juge. Tendanciellement, le JLD insiste pour obtenir des informations supplémentaires afin de se faire une idée plus complète du cas. Au contraire, le magistrat a tendance à couper les prises de parole d'un patient qui fait valoir des liens estimés non logiques.

Certains éléments dans le parcours des patients sont particulièrement scrutés par les juges. Dans l'extrait d'audience suivant, le patient a été pris en charge à l'hôpital dans un contexte de violence.

> CHS du Rhône, audience en mai 2018.
>
> Le patient est hospitalisé dans un contexte complexe de rupture avec sa compagne, le dossier fait apparaître des violences « avec 15 jours d'ITT » pour la compagne. Le patient essaie de se justifier sur le fond de cette affaire, la juge finit par couper court au débat : « *Alors j'ai bien compris qu'il y a un conflit avec la famille, notamment avec votre femme. Je ne suis pas Juge aux Affaires Familiales, ou je ne sais quoi. Moi, je constate que la procédure est régulière. Vous pouvez faire appel, mais je pense que dans ce genre de cas, le mieux c'est quand même de se fier à ce que pensent les médecins*. »

La magistrate apparaît excédée par les détours du patient pour se justifier sur l'affaire des violences (alors même que c'est elle qui les a évoquées dans la présentation du cas et sa reprise des certificats). Cet exemple montre comment le droit à la parole peut être retiré à la personne auditionnée. Une moindre attention est donnée au discours du patient si celui-ci est en désaccord avec l'avis médical et l'opinion du juge. Lorsque c'est le cas, les juges ont tendance à renforcer le caractère formel de leur évaluation en balayant les propos du patient.

b) Validation de l'expertise médicale

Le juge s'autorise fréquemment un commentaire sur la prise en charge du patient et le fait systématiquement en vue de renforcer l'argument médical. Les juges intègrent les justifications médicales qui leur apparaissent légitimes ou adhèrent au « paradigme psychiatrique » (Bernheim, 2019).

Parmi les croyances des juges, les traitements médicamenteux sont considérés d'emblée comme bénéfiques. Cette représentation positive est explicitée dans le fascicule de formation distribué aux volontaires de la formation « Soins sans consentement » organisée par l'ENM : « *Très souvent, il suffit de l'introduction d'un traitement pour qu'un consentement puisse apparaître dans une situation apaisée.* » (p.1). Cette mention est indiquée dans le guide comme un savoir neutre et non situé – et non comme une croyance ou un discours médical référencé. Ces éléments sont répétés par les psychiatres qui participent aux réunions de formation commune. Il apparaît dès lors légitime au magistrat de les asséner comme des vérités « générales » lors des audiences. Ainsi, s'ils se déclarent incompétents lorsque les patients réclament une modification de posologie ou bien un changement de traitement, les juges s'autorisent à conseiller les patients sur la prise du traitement.

> Audiences, CHS Madeleine Pelletier, 2019
>
> Après avoir annoncé au patient qu'elle autorise la poursuite des soins en hospitalisation, le patient confirme qu'il est d'accord avec la mesure et l'assure qu'il va prendre son traitement. Il dit « *ça me fera peut-être du bien* ». La juge répond « *C'est pas peut-être c'est certain. C'est un traitement au long cours. C'est toujours le problème, parce que quand ils* [les autres patients] *se sentent mieux, ils arrêtent, mais ça occasionne des passages à l'acte, c'est difficile.* »

Les juges reprennent quasi systématiquement l'avis du médecin à leur compte et le renforcent. Ils affirment en entretien que leur rôle n'est pas de mettre le médecin en difficulté : « *Mon rôle ce n'est pas de mettre le médecin en porte à faux pendant l'audience. J'ai toujours*

en tête l'intérêt du patient. » (JLD, entretien informel à la suite d'une audience, CHS Madeleine Pelletier, mars 2019). Les juges s'autorisent également des commentaires sur des points précis du dispositif de soins mis en place : « *cette famille d'accueil, c'est une bonne idée* » (Juge Porcat, CHS du Rhône, mai 2018).

> « Parfois j'ai l'impression un peu que j'essaie, pas de les persuader qu'il fallait rester, mais pourquoi elles veulent pas rester « Vous êtes sûr que ça ne vous ferait pas du bien ? Que c'est pas un peu prématuré ? Votre médecin pense le contraire. » Je vends un peu la mesure médicale, je fais un peu le service après-vente [rires] »
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

La juge Tésor verbalise cette coalition qui existe de fait entre le juge et le médecin en se plaçant en auxiliaire de la décision médicale, comme son « service après-vente ». Cette coalition qui se crée entre le juge et le médecin, alors même que celui-ci est absent, diminue fortement l'attente de mise en délibération que suppose une audience contradictoire. La décision de maintien prise par le médecin n'est que faiblement délibérée au profit du renforcement de la légitimité de la décision médicale. « *En clair, c'est que les médecins qui décident… Ils veulent bien savoir ce que j'en pense, mais bon… Ok je comprends* » conclut un patient, agacé, au décours d'une audience du CHS du Rhône.

Cette validation de l'expertise médicale n'est pas strictement procédurale, mais s'arrime à des principes axiologiques forts. Dans ce contentieux, le juge et l'avocat estiment opérer un rôle de « protection » du patient vulnérable. Cette vulnérabilité n'est pas reconnue du point de vue de la moindre dotation en pouvoir dans la situation de contrainte, mais due à la maladie mentale incapacitante.

> « On est vraiment le juge de protection [...] là, j'ai vraiment l'impression d'être dans quelque chose de moins antagoniste. C'est un peu reposant parfois, c'est des rapports humains beaucoup plus simples. J'y vais avec moins de pression. Par rapport à la détention c'est très différent. Dans la détention, on a cet objectif de protection de la société, mais bon, avec des conditions de détention qui sont désastreuses en France, donc pour la détention je sous-pèse beaucoup plus. C'est différent. Les personnes elles sont protégées à l'hôpital. On a une privation de liberté d'aller et venir qui est, que je conçois totalement qu'elle soit compliquée à vivre pendant les jours d'hospitalisation, mais le but ultime c'est le soin et la protection de la personne. Sur la détention provisoire, les maisons d'arrêt, surtout en région parisienne c'est… Je n'ai pas l'impression de leur faire du bien quand je les mets en détention. [...] Je trouve que l'hôpital psychiatrique ça va. Souvent les gens ils sont, enfin ça va. [...] ça reste l'hôpital public, mais …»
>
> Juge Tésor, JLD en région parisienne, janvier 2019

Dans cet extrait avec la Juge Tésor, le principe de protection du patient vulnérable dérive d'une série de représentations que les juges ont de l'environnement psychiatrique – et non seulement des patients atteints de maladie psychiatrique. Elle estime dès lors « *faire du bien* » aux personnes en les assignant à l'hôpital, comme cette autre juge siégeant au CHS Madeleine Pelletier : « *J'ai toujours en tête l'intérêt du patient, je suis contente quand à la fin de l'audience, le patient a compris pourquoi c'est important de poursuivre les soins* » (JLD, entretien informel à la suite d'une audience, CHS Madeleine Pelletier, mars 2019).

c) Du conseil profane au jugement moral : compétence *parens patriae* autoproclamée des acteurs judiciaires

De manière générale, les juges et les avocats estiment que l'audience présente une fonction de réparation morale auprès du patient. Maître Adam nous dit par exemple qu'elle est attentive à « *ce qui est important pour la personne. Si elle tient absolument à dire une chose ou une autre, alors je lui laisse dire ou je vais le dire pendant l'audience, même si ce n'est pas l'objet du contrôle* ». Il semble, en effet, que dans une certaine mesure, l'audience JLD laisse plus volontiers place à une parole du patient qui déborde du cadre de l'audience[1]. Même si aucune solution n'est apportée sur le fond de la plainte du patient, les acteurs judiciaires s'accordent sur la vertu « *thérapeutique* » de l'audience (Bernheim, 2012, p. 373-375). « *Il faut que les personnes sentent qu'elles ont été écoutées* » conclut la juge Tésor. Comme Sandrine Revet l'expose dans le cas du procès des victimes de la tempête Xynthia (2019), la parole des personnes sert deux dimensions principales au cours de l'audience : la première sert un objectif juridique de caractérisation de la situation (vérifier qu'il n'existe pas un écart trop important entre le discours du patient et les certificats) et la seconde est d'ordre moral. La prise en compte de la parole entendue comme légitime peut ainsi participer au processus de réparation. Toutefois, là où dans un procès pénal il s'agit de rejeter collectivement l'acte répréhensible perpétré ou le défaut de vigilance d'une autorité (de reconnaître en somme l'atteinte à l'ordre

[1] La disposition du tribunal à laisser déborder la parole des victimes ou des justiciables dépend beaucoup du type de contentieux ainsi que des fonctions explicites du procès (détermination des responsabilités, évaluation des préjudices et des réparations, reconnaissance d'un préjudice et du statut de victime). Ainsi le collectif Onze (2013, p. 86-89) montre que dans les cas des audiences de conciliations précédant les divorces les juges n'acceptent pas que les prises de parole débordent du strict cadre de l'audience : déterminer s'il existe ou non un accord sur le principe de la séparation ou du divorce. Au contraire, dans le cadre des procès faisant suite à la catastrophe Xynthia, Sandrine Revet (2019, p. 269) remarque que le récit des victimes est « rarement interrompu ».

moral et légal), la décision d'hospitalisation et les pratiques médicales ne sont jamais attaquées ou mises en cause de manière frontale.

L'exemple suivant, tiré de l'observation d'une audience au CHS Madeleine Pelletier, expose la fonction symbolique de réparation de l'audience, sans que la décision du juge conduise à un effet concret.

> Audience, CHS Madeleine Pelletier, décembre 2018
>
> Avocate : Il s'est très bien exprimé lui-même. Il n'est surtout pas d'accord sur la manière dont la police l'a arrêté. Il n'est pas le seul à raconter ce genre d'histoires émanant de ce même commissariat d'ailleurs… En revanche, il n'exprime aucune plainte vis-à-vis de l'hospitalisation à proprement parler.

La juge prononce une autorisation de poursuite des soins, mais fait expressément ajouter à la greffière le contexte de l'arrestation. Aucune poursuite n'est engagée et aucune investigation n'est même entreprise par la juge. Cependant, l'inscription au procès-verbal de l'audience de l'évocation des violences subies permet au patient d'obtenir une reconnaissance symbolique et institutionnelle de sa parole et de son expérience.

Les avocats se placent dans cette même posture de jugement moral lorsqu'ils décident de ne pas faire valoir la demande de levée de soins de leur client parce qu'elle ne leur semble pas légitime. Une avocate observée lors des audiences au CHS Madeleine Pelletier en décembre 2018 « défend » invariablement ses clients de l'après-midi de la même manière lorsqu'ils demandent une suspension du séjour hospitalier : « *Mon client m'a fait part de son envie de quitter l'hôpital, mais vous verrez bien Mme la Juge, qu'étant donné son état, il m'est impossible de demander ça. Je ne demande donc aujourd'hui, pas de levée des soins* ». Cette position, qui apparaît contraire au rôle de l'avocat, semble arranger la juge, qui n'a donc pas à répondre négativement à une demande de levée, mais se contente de déclarer une autorisation de poursuite des soins. Lors des échanges informels dans le couloir, l'avocate nous confie qu'elle ressent une « *responsabilité particulière* » dans ce contentieux et ne souhaite pas se résoudre à « *porter la voix* » de ses clients, mais préfère préalablement se « *faire une idée de la meilleure solution* » pour eux. Elle compare ensuite la situation avec la défense des mineurs récidivistes :

> « Moi je les vois défiler. Au début, on les rencontre par la commission d'office et ensuite ils nous rappellent, ce sont de vrais habitués des tribunaux. Quand je vois que le jeune n'a pas compris son erreur, qu'il ne manifeste aucun remord ou qu'il ne me dit pas que c'est la dernière fois, bah… et puis que je me dis aussi qu'une sanction ça va lui faire du bien, ça va aussi soulager la famille qui ne sait plus quoi faire. Bah

> je ne demande pas de relaxe, et je demande au juge une peine, ça nous permet de négocier la peine pour avoir quelque chose qui me semble utile. »
>
> Maître Duchève, avocate dans un barreau de la région parisienne, CHS du Rhône, janvier 2019

Maître Duchève s'estime donc compétente pour déterminer ce qui sera *utile* du point de vue éducatif aux mineurs qu'elle défend. Les juges et les avocats s'autorisent toute une série de commentaires liés à la prise en charge et au comportement des personnes hospitalisées tirés du sens commun. Une importante dissonance se révèle entre l'observation des audiences dans lesquelles les juges répètent à plusieurs reprises qu'ils *ne sont pas médecins* et cette capacité à endosser un rôle d'accompagnement dans le parcours de la personne. La réduction et la simplification des cas permises par les certificats et le déroulement des audiences construisent des cas typiques, malgré la grande diversité des situations personnelles. Cette simplification, typique des procédures juridiques et administratives, participe à un apprentissage accéléré par les professionnels judiciaires.

Les juges et les avocats agissent de la sorte parce qu'ils sont persuadés que les valeurs promues par les médecins, le besoin de soins, se révèlent supérieures à la liberté – du moins pour les patients atteints de maladie mentale.

En introduction, nous proposions que le contrôle judiciaire entraînait l'immixtion d'une logique juridique dans un domaine jusque-là mu par des logiques médicales et administratives. Le développement mené dans ce chapitre nous conduit à infléchir ce constat. S'il est indéniable qu'une logique judiciaire s'est introduite dans la procédure de maintien des contraintes, la supériorité des valeurs médicales demeure. Dans une certaine mesure, c'est même la logique judiciaire qui se trouve prise dans une logique médicale.

Conclusion : Renforcement de la logique professionnelle

> « *Rather than empowering patients, [rights strategies] reorganize relations between different forms of professionnal expertise – medical, legal and social* » (Rose, 1986, p. 177-178)

Nous avons vu dans ce chapitre que l'introduction du contrôle judiciaire des décisions de maintien en hospitalisation sans consentement en psychiatrie ne relève pas d'un procédé de mise en concurrence des professionnels médicaux avec ceux du droit. Les médecins montrent

un usage stratégique de ce contrôle qu'ils utilisent comme ressource discursive dans leurs pratiques clinique et les juges démontrent un respect scrupuleux des frontières professionnelles, qu'ils s'engagent à tracer et retracer à chaque fois que cela est nécessaire dans l'interaction avec le patient en audience. Ainsi, ce qui constitue le cœur du monopole médical (diagnostic, soins, décision d'enfermement, leur expertise en somme) se trouve préservé.

Au décours de l'audience, la décision médicale se trouve presque invariablement validée par le juge, lui conférant, en outre de sa légitimité médicale et administrative une valeur légale et morale. La logique professionnelle et sa légitimité pour prendre des décisions se trouvent alors renforcées par ce processus. Ce renforcement de la logique professionnelle a-t-il donc lieu au détriment de la garantie des droits des patients ? Du moins, l'appréciation de ce qui constitue *les droits* du point de vue de l'institution judiciaire ne se superpose que très imparfaitement *aux droits* qui sont réclamés par le patient lors des audiences.

Au terme de notre analyse, comme certains textes le proposent sur d'autres formes d'arènes délibératives (Barrault-Stella, 2012 ; Blatrix, 2009), il apparaît que ce dispositif, plutôt qu'un espace de questionnements et de redéfinition fonctionne comme un intervalle temporel permettant d'atténuer ou désamorcer les divergences, entre le patient et l'équipe médicale, pour finalement donner plus de poids et une légitimité d'ordre légal à la décision médicale. Ce constat amène ainsi à relativiser l'activité de cette justice, qui apparaît parfois cosmétique dans la gestion de ces procédures restrictives de liberté. Loin de constituer un instrument d'activation des droits est victime d'un « retournement », au sens d'Alain Supiot (2010)[1]. Les droits des personnes sont vulnérables (Revillard, 2020) et nécessitent d'être adossés à des dispositifs d'activation pour qu'elles puissent s'en saisir à leur propre profit, mais analyser les audiences comme un dispositif « retourné » (contre les patients) n'est pas équivalent à dire que le dispositif d'activation des droits échoue. Cela va au-delà.

Cette forme particulière de judiciarisation conduit dans les faits à un arasement de la conflictualité (Pélisse, 2009) et à une domestication par les institutions de la critique émanant de l'usager. La décision judiciaire de maintien en hospitalisation pour une personne souhaitant quitter l'établissement conduit à une délégitimation de sa plainte et de sa demande. Il apparaît que le dispositif de contrôle judiciaire, bien loin de participer à la dotation des droits effectifs

[1] Évidemment, l'hypothèse du « retournement » du dispositif, ne tient que si l'on estime qu'à l'origine, le projet ou l'esprit de la loi visait bien un renforcement des droits des personnes hospitalisées comme l'annoncent l'intitulé de la loi et ses objectifs. Beaucoup de commentateurs s'écharpent sur ce point, mais la source de la demande du contrôle judiciaire (les associations d'usagers) tend à nous confirmer cette intuition logique.

des usagers, conduit à un rétrécissement de leur capacité d'action comme cela a été montré dans d'autres domaines (Serre, 2009 ; Wacquant, 2009), posant dès lors la question du *pouvoir du droit* (Chappe, 2014).

Conclusion de la première partie : De la contestation du pouvoir psychiatrique à son renforcement

À rebours des travaux portant sur l'accès aux droits ou l'attribution des droits « au guichet » et centrés sur un espace clos (une administration, un service) (Dubois, 1999 ; Weller, 1999, 2018) nous avons proposé dans cette partie d'explorer la décision de la judiciarisation et sa mise en place dans les différents espaces où elle est problématisée, organisée, et mise en œuvre. Nous avons pour cela exploré d'abord les rapports de force qui ont présidé au vote d'une loi au contenu aussi hétérogène que les groupes sociaux qui sont parvenus à y inscrire leur vision du monde (chapitre II). Ensuite, nous avons suivi la mise en œuvre de la judiciarisation en observant dans un premier temps les acteurs participant à remplir l'exigence bureaucratique qu'elle porte. Les secrétaires médicales, les cadres de santé et les directions des établissements sont autant de sphères professionnelles hospitalières qui accompagnent le travail médical autour de la rédaction des certificats. Les greffières également contribuent très activement à relier entre elles les institutions que sont le tribunal et l'hôpital. Les efforts consentis par les hôpitaux et les tribunaux pour produire ensemble des dossiers de contrainte impeccables participent à éloigner le risque d'une levée de soins. Cette coordination pour la mise en œuvre du contrôle judiciaire conduit à un agencement institutionnel mieux caractérisé par la coopération que par le contrôle ou la domination d'une institution sur une autre (chapitre III). Les audiences permettent d'observer une structuration interactive entre médecine et droit d'une juridiction partagée des hospitalisations sans consentement. Là encore, cette co-construction est mieux décrite par un ordre relationnel coopératif que concurrentiel. Cela nous conduit à conclure à un renforcement et une légitimation de la logique professionnelle, au détriment d'une mise en délibération de la décision médicale, qui exclut structurellement la voix portée par l'usager. Finalement, nous assistons à un retournement du dispositif d'accès aux droits contre la personne hospitalisée (chapitre IV).

Ces analyses nous conduisent à proposer deux axes conclusifs. Le premier concerne les efforts de formalisation menés ensemble par l'hôpital et le tribunal pour mettre en œuvre le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement. La structuration des relations entre hôpital et tribunal constitue un geste organisationnel crucial qui participe à désactiver les droits des usagers. Le second se rattache à la capacité de la psychiatrie de domestiquer la critique qui lui est opposée afin de s'y soustraire.

Le geste organisationnel : formaliser les relations et désactiver les droits

> « Il y a une efficacité proprement symbolique de la forme. La violence symbolique, dont la forme par excellence est sans doute le droit, est une violence qui s'exerce, si l'on peut dire, dans les formes, en mettant les formes. Mettre des formes, c'est donner à une action ou à un discours la forme qui est reconnue comme convenable, légitime, approuvée, c'est-à-dire une forme telle que l'on peut produire publiquement, à la face de tous, une volonté ou une pratique, qui présentée autrement, serait inacceptable (c'est la fonction de l'euphémisme). La force de cette forme, la *vis formae* dont parlaient les anciens, est cette force proprement symbolique qui permet à la force de s'exercer pleinement en se faisant méconnaître, approuver, accepter, par le fait de se présenter sous les apparences de l'universalité – celle de la raison ou de la morale. » (Bourdieu, 1986b, p. 43)

La force propre du droit, selon Pierre Bourdieu (1986a, 1986b, 2012) est de donner l'illusion qu'elle énonce et fait respecter des principes universels alors que les lois sont le plus souvent l'expression des pouvoirs dominants et de la somme de leurs intérêts. Ce tour de force est rendu opérant par deux qualités propres du droit : son pouvoir de transcendance (ou universalité) des cas particuliers à la faveur d'une comparabilité suffisante des situations pour qu'elles soient traitées avec égalité, selon les mêmes règles et son efficacité formelle.

Le travail d*'intermédiation du droit* décrit dans le chapitre III donne lieu à une *procéduralisation* et une *formalisation* accrues à la fois des mesures de contrainte et des relations organisationnelles qui y président. La procéduralisation s'entend comme le découpage de la décision de contrainte et sa mise en œuvre en un ordonnancement précis des tâches à accomplir (rédaction des certificats, recopiage, vérification, archivage, envoi, etc.). La formalisation renvoie à la fois à la réduction des exigences légales de la loi à leurs dimensions formelles[1] et à l'effort de structuration des relations dans des formes infra-organisationnelles. La mise en œuvre concrète du droit est rendue possible par le développement de normes et de compétences techniques locales visant à formaliser les justifications médicales selon des règles bureaucratiques et qui répondent aux attentes du droit. Les aspects proprement juridico-judiciaires du contrôle sont en partie réduits à leur valeur bureaucratique.

La « *formalisation du processus de production d'une décision* » est caractéristique de l'introduction d'instruments gestionnaires dans les secteurs non-marchands (Vigour, 2018, p. 250). Dans les faits, la manière dont ce contrôle judiciaire est envisagé par les acteurs

[1] Pierre Bourdieu (1986b) évoque la *codification* pour définir l'activité visant à décortiquer une pratique afin d'en ressortir les règles qui président supposément à son existence.

hospitaliers et leur environnement apparaît similaire à un contrôle qualité (voir Robelet, 2002) remplissant notamment un objectif de transparence sur les pratiques décisionnelles et conduisant à la structuration organisationnelle. Comme cela peut être le cas également avec l'introduction d'instruments gestionnaires, l'introduction de la logique judiciaire dans les décisions d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie ne conduit pas nécessairement à une hybridation des savoirs et des valeurs entre droit et médecine. Au contraire, il apparaît que les impératifs médicaux se trouvent mieux formalisés juridiquement sans que le contenu des décisions n'en soit fondamentalement transformé. On assiste à une forme de *découplage* entre le respect des règles formelles et le maintien de logiques d'action antérieures à la régulation (Meyer et Rowan, 1977). Notons toutefois que l'invocation et la mobilisation (du langage) des droits peuvent entraîner des effets à long terme (McCann, 1994) dans la construction de l'usager comme sujet de droit et non plus seulement objet des soins.

Les différents niveaux institutionnels concourent ainsi à une *effectivité du droit*. Mais les efforts collectifs consentis pour remplir les exigences bureaucratiques de la loi permettent-ils de s'assurer de l'effectivité d'un meilleur respect *des droits* du patient hospitalisé ? Nous soutenons que le dispositif judiciaire en place, en mettant des droits à disposition, ne règle pas pour autant la question de leur *activation*. L'accès à l'arène judiciaire n'est pas analysé comme une fin en soi. Au contraire, l'aboutissement des efforts politiques et proprement juridiques déployés par les différents acteurs depuis les années 1970, menant à l'introduction du contrôle judiciaire systématique des hospitalisations sans consentement en psychiatrie ne marque pas la fin des actions en faveur des droits. Au contraire, nous analysons la systématisation du contrôle judiciaire comme une opportunité pour poursuivre et prolonger l'*effectivité du droit* vers l'*activation des droits*.

Domestiquer la critique de l'arbitraire et dépolitiser la question de l'enfermement

Le second point de notre conclusion renvoie aux effets institutionnels produits par la judiciarisation des hospitalisations sans consentement. Il apparaît, au terme de notre analyse, que l'introduction et la mise en œuvre du contrôle judiciaire s'apparentent à une domestication de la critique portée au sujet de l'arbitraire (potentiel) des enfermements psychiatriques. Nous l'avons vu, cette crainte est au cœur des débats qui ont contribué à définir le mandat de la psychiatrie depuis le XIX^{e} siècle et correspond toujours à un enjeu de premier plan. L'évaluation systématique de la légalité d'une mesure de contrainte confiée à un juge des

libertés et de la détention semble *a priori* parfaire un dispositif juste et équilibré – presque indépendamment des conditions réelles de sa mise en œuvre. L'alignement quasi invariable de l'évaluation judiciaire sur l'avis médical conduit pourtant en bout de chaîne à un renforcement de la légitimité de la décision médicale et à un assèchement des voies de recours possibles pour le patient. La psychiatrie, par l'introduction de ce contrôle judiciaire qu'elle n'a pas explicitement demandé, est parvenue à intérioriser puis domestiquer la critique de l'arbitraire en participant à la mise en place d'un dispositif, bien que peu envahissant, qui est capable de tarir les sources de la critique.

Le vote de la loi de 2011 a donné lieu à une importante couverture médiatique à partir de 2010, fréquemment renouvelée et notamment avec la sortie en salle et la sélection au festival de Cannes du film documentaire de Raymond Depardon *12 jours* en 2017. Toutefois, la résolution individualisée des situations d'hospitalisation sans consentement permise par l'introduction du contrôle judiciaire conduit à une singularisation des conflits qui pourrait rendre plus difficile un traitement plus général du dispositif de soins forcés en psychiatrie. En effet, le contrôle judiciaire semble dépolitiser le débat sur l'organisation des soins psychiatriques (Rose, 1986) au profit de l'élaboration d'un dispositif technico-judiciaire sophistiqué. Il convient dès lors de demeurer attentifs à la poursuite de ce contentieux, en prêtant notamment une attention particulière aux effets concrets produits sur les possibilités d'action laissées aux associations d'usagers de la psychiatrie, tant du point individuel que collectif.

Seconde partie : Gouverner (par) les financements. La singulière mise en économie de la psychiatrie

Introduction de la seconde partie : La mise en économie des soins psychiatriques

« La psychiatrie elle a un côté philosophique, mais on ne vit pas que de poésie, à un moment donné, il faut bien donner des ressources. »

Yvan Halimi, psychiatre, novembre 2015

La loi *de financement de la sécurité sociale pour 2020* du 24 décembre 2019 dont Olivier Véran, député la République en Marche de l'Isère au moment du vote, est rapporteur principal, prévoit dans son article 34 la transformation du système de financement de la psychiatrie. Les dispositions législatives entendent financer les activités de psychiatrie selon trois compartiments de financement : un premier indexé sur la population rattachée au territoire d'un établissement de santé ; un deuxième prenant en charge les activités spécifiques de soins et hors soins (prévention, enseignement, recherche, unités transterritoriales) ; enfin le dernier renvoyant au financement à la qualité via la mise en œuvre des indicateurs qualité en psychiatrie. La mise en œuvre de la réforme est initialement prévue au 1er janvier 2021. Toutefois, invoquant la mobilisation des établissements hospitaliers et des tutelles dans la lutte contre la pandémie de Covid-19, le désormais ministre de la Santé, Olivier Véran, annonce à la fin du mois d'octobre 2020 le report d'une année de la mise en œuvre de la réforme, maintenant ainsi le système de financement actuel de la psychiatrie hospitalière de la dotation globale.

Ce délai, contraint par les conditions particulièrement exceptionnelles de l'année 2020, prolonge encore un peu l'indécision, caractéristique du long processus réformateur du système de financement de la psychiatrie. La dotation globale mise en œuvre dans les établissements de santé au milieu des années 1980 pour remplacer le prix de journée s'est maintenue dans les établissements psychiatriques[1] alors que les hôpitaux généraux sont financés depuis le début des années 2000 par le système de la tarification à l'activité (T2A). Pourquoi et comment la psychiatrie a-t-elle été exclue du processus réformateur mettant en place la T2A ? Comment et sous quelles formes concrètes la dotation globale se maintient depuis quarante ans en psychiatrie ?

[1] La dotation globale est également en vigueur dans les structures de soins de suite et réadaptation (SSR). Il n'en est pas question dans cette thèse.

Volume et répartition des financements hospitaliers en psychiatrie

Le financement est une fonction essentielle de l'État. L'octroi de moyens est exercé selon une série de catégorisations et classifications qu'il fait des activités, des citoyens, des espaces, des conduites ou des types de connaissances qu'il entend promouvoir ou au contraire faire fonctionner à bas bruit, voire interdire (Bourdieu, 1979). Dans un mouvement circulaire, l'allocation des budgets contribue à réifier ou au contraire à critiquer ou infléchir ces catégorisations.

L'étude des finances publiques, leur volume et les instruments qui président à leur répartition, constitue dès lors une piste féconde pour appréhender les choix politiques ainsi que le rapport de l'État à une institution (Bezes et Siné, 2011). Le contrôle des dépenses effectué sur les deniers publics s'inscrit dans une appréhension démocratique des rapports à l'État et aux services publics. S'interroger sur les modalités de régulation budgétaire mises en œuvre au cœur de l'État renvoie à un double questionnement : par quels moyens et à quelles fins les budgets publics sont-ils alloués ? La question des *moyens* révèle des enjeux, techniques et économiques, indissociables des enjeux démocratiques, politiques et cognitifs pris dans la question des *fins*.

Brève histoire du financement de l'activité hospitalière publique

« *La question du financement de l'offre sanitaire est consubstantielle à son histoire* » (Stingre, 2016, p. 106) et n'émerge pas dans les années 1970 et 1980 avec la rigueur. Le déploiement de l'hôpital comme forme professionnelle et organisée de l'activité d'assistance et de soins, confisquée aux congrégations religieuses à la fin du XVIII^{e} siècle, suppose de l'administrer et de s'assurer de son financement. Les dépenses sont au cœur des discussions qui entourent le vote de la loi de 1838.

En 1832, lorsque les travaux législatifs au sujet des aliénés débutent, le premier projet de loi déposé devant la Chambre des députés propose que les dépenses liées à la prise en charge des aliénés indigents soient inscrites au titre des dépenses municipales obligatoires (Landron, 1995). Les députés libéraux imposent finalement que ces dépenses soient facultatives. Devant le très grand nombre d'aliénés en établissement, en prison ou sans solution d'hébergement[1], le gouvernement ordonne en 1835 aux préfets et aux conseils généraux d'évaluer le montant des

[1] Une enquête réalisée en 1834-1835 fait état de 8390 personnes prises en charge dans des établissements spécialisés et 3605 en prison ou indigents.

dépenses liées à ces prises en charge, plaçant ainsi la psychiatrie à une échelle résolument départementale. La même année, l'Inspection générale du service des aliénés confiée au médecin Guillaume Ferrus pointe le manque d'établissements dédiés au soin des aliénés et spécialement conçus pour eux et les défauts de leur entretien. La loi de finances de 1836 impose alors aux départements de prendre en charge les dépenses liées aux aliénés indigents. Cette loi provisoire acquiert un caractère pérenne dans la loi de 1838 : les dépenses sont réglées par l'aliéné lui-même, et par le département en cas d'incapacité – la commune de dernière résidence de l'aliéné peut concourir au règlement des frais. Il est précisé que « *La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet* » (Art. 26). Le tarif peut donc varier d'un département à l'autre.

À partir de la fin du XIX[e] siècle, les établissements hospitaliers (asiles et hôpitaux) voient diminuer leurs recettes liées aux dons, aux legs et à la rente. Parallèlement, les besoins de soins augmentent dans la population, à mesure que la médecine découvre de nouveaux phénomènes sur lesquelles elle se revendique capable d'agir. L'État se dote progressivement d'une politique d'assistance plus robuste à la fin du XIX[e] siècle (Henckes, 2017)[1]. Parallèlement, l'hospitalisation de malades payants se développe progressivement dans les établissements publics et les pouvoirs publics sont peu à peu acquis à l'idée de générer des marges financières sur ces prises en charge (Domin, 2002). L'idée d'une assurance maladie obligatoire germe à partir de la fin des années 1910, mais sa concrétisation est freinée par la Première guerre mondiale. Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 prévoient finalement la mise en place d'une assurance maladie obligatoire qui prend en charge la majorité des frais de santé des assurés sociaux, dont les soins hospitaliers. Les dépenses demeurent contraintes dans les limites d'une « allocation journalière » définie par le ministère pour les séjours à l'hôpital. Le « prix de journée » est généralisé ensuite par la loi du 21 décembre 1941, dite « Charte hospitalière ».

Du côté des asiles d'aliénés, la loi du 13 juillet 1911 établit la prise en charge par l'État des aliénés indigents sans domicile. La circulaire du 4 août 1930 *relative aux placements volontaires gratuits* rappelle ensuite « *une disposition qui a été perdue de vue* » de la loi de 1838 imposant aux départements de prendre en charge les frais d'entretien « *des aliénés*

[1] Notamment la loi du 15 juillet 1893 instaure l'Assistance médicale gratuite, permettant aux plus pauvres un accès aux soins. Puis l'importante loi du 14 juillet 1905 relative *à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables* organise par des subventions communales ou étatiques (si la personne est dépourvue de domicile), à domicile ou à l'hôpital, la prise en charge des personnes vulnérables. L'hébergement à l'hôpital est par ce texte soumis au consentement des personnes.

indigents en l'absence de réactions dangereuses ». Pendant la Seconde guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques souffrent d'une véritable carence administrative, financière et parfois médicale, donnant lieu à l'abandon des malades vulnérables à leur propre sort. Quarante mille d'entre eux décèderont des suites de malnutrition et d'absence de traitement dans les hôpitaux (voir Bueltzingsloewen, 2002, 2005, 2008). La fin de la guerre marque un moment de renouveau crucial pour l'hôpital psychiatrique qui entreprend de faire peau neuve (Henckes, 2007). Poursuivant les efforts promus par la circulaire du ministre radical-socialiste Marc Rucart de 1937 au temps du Front Populaire, les pouvoirs publics et les psychiatres entreprennent plus activement le développement de structures extrahospitalières (Bonnafé, 2002) accéléré notamment par la circulaire du 15 mars 1960 (puis de la loi du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation en psychiatrie). La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) finance ces structures, mais se montre réticente à poursuivre leur financement à partir des années 1970 en l'absence d'informations sur les résultats (Eyraud et Velpry, 2011, 2014), et alors que les premiers déficits de la Sécurité sociale apparaissent (Serré, 1999 ; Palier, 2005).

Le système de financement au prix de journée, en vigueur comme mode de financement quasi exclusif des hôpitaux des années 1940 au début des années 1980 a participé à l'augmentation sensible de l'offre hospitalière sur le territoire. Mais au tournant des années 1980, ce système se révèle inflationniste, les hôpitaux ayant tout intérêt à atteindre une capacité d'accueil maximale et d'augmenter les durées d'hospitalisation des patients pour bénéficier de recettes plus importantes. Le communiste Jack Ralite, ministre en charge de la Santé, très assisté par Jean de Kervasdoué à la Direction des Hôpitaux, engagent le tournant de la rigueur en 1982, sous la mandature de François Mitterrand, en entreprenant de ralentir la hausse de la part hospitalière dans le budget de la Sécurité sociale. Le prix de journée est remplacé par la loi du 19 janvier 1983 au profit d'un financement dit par « dotation globale ». Cette dotation est calculée sur la base des budgets alloués précédemment aux établissements par le prix de journée, tendant ainsi à cristalliser les inégalités de traitement en favorisant les établissements maximisateurs et en réduisant les moyens des établissements plus regardants sur les dépenses de l'assurance maladie. Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier sont ainsi financés *via* une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative appelée dotation globale ou dotation annuelle de financement (DAF). Celle-ci est reconduite chaque année sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières (voir Pierru, 2011), laissant les écarts de dotation s'accroître avec les années.

La dotation globale est rapidement critiquée. Non seulement elle consolide des disparités entre établissements et donc territoriales (Pierru, 2011), mais elle n'encourage pas l'innovation et le développement de nouvelles pratiques. D'une part, le développement d'activités à budget constant est un défi que nombre d'établissements ne trouvent pas les moyens de relever et d'autre part, la dotation globale n'introduit pas de mécanisme d'incitation. Elle comporte également la même ambiguïté que les dotations globales progressivement mises en œuvre dans d'autres collectivités[1] : alors qu'elle contraint les budgets et a pour but de faire entrer une logique comptable et gestionnaire dans les administrations, elle ne prévoit pas que les organisations rendent des comptes sur leur fonctionnement interne puisqu'un budget de fonctionnement leur est garanti[2].

Dans la même période, le commissariat au Plan propose la fermeture des lits d'hôpitaux, notamment en psychiatrie (Gay, 2018, p. 371). À la place, les établissements sont invités à développer des prises en charge hospitalières plus courtes et qui basculent rapidement vers un suivi en dehors de l'hôpital[3]. La loi du 31 décembre 1985 lie les dépenses des structures extrahospitalières du secteur au budget de l'hôpital psychiatrique de rattachement (Eyraud et Velpry, 2014).

Au-delà de l'inquiétude purement budgétaire qui apparaît à partir des années 1970, émerge progressivement la référence à l'*efficience* dans les services publics. La recherche du meilleur rapport coût-avantage (défini comme le coût économique et l'avantage médical et sanitaire) se manifeste comme un impératif des politiques de santé (Benamouzig, 2005).

---

[1] La dotation globale des établissements de santé est mise en place dans un mouvement plus large de « globalisation » des budgets de fonctionnement des collectivités. À partir du rapport Guichard (Olivier Guichard, *Vivre ensemble*, Paris, La Documentation française, 1976) notamment, les lois du 3 janvier 1979 et du 31 décembre 1980 instituent une dotation globale comme mode de financement des collectivités par l'État (voir Bezes, 2009 chap. 3).

[2] Un autre élément attire la critique dès la mise en œuvre de la dotation globale. Si cette réforme touche les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif, les établissements privés à but lucratif sont toujours financés au prix de journée. Un accord du 4 avril 1991 permet à l'État, aux organismes d'assurance maladie et aux établissements privés d'établir le principe d'un Objectif Quantifié National (OQN) qui permet de contraindre en partie la croissance des dépenses d'assurance maladie liées au secteur privé.

[3] La loi du 30 juin 1975 a instauré une distinction entre les structures qui relèvent du sanitaire, du médico-social et du social. Les établissements hospitaliers sont désormais chargés d'assurer le soin des personnes malades mais délèguent en partie à leurs partenaires sur le territoire la charge de l'hébergement et de la réinsertion sociale. Dans les faits, les conditions de collaboration entre ces structures, dépendant de tutelles distinctes et fonctionnant sur des logiques inégales, rendent souvent le travail conjoint des équipes difficile (Bloch et Hénaut, 2014).

Émergence du calcul économique dans le champ de la santé et rationalisation des pratiques

Au milieu des années 1960, les expérimentations de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) appliquées à la santé fondent les premières réflexions sur le calcul des coûts de prises en charge médicales (avec affectation d'un coût à une activité médicale). « *Pour l'heure, l'intérêt de l'État pour une réflexion économique sur la santé consiste à ouvrir la « boîte noire » des pratiques médicales, pour établir un lien entre le financement des moyens et le niveau des résultats sanitaires* (…) *La réalisation d'études économiques dans le domaine de la santé exige une bonne maîtrise des méthodes et l'accès à des données précises et réalistes* » (Benamouzig, 2005 : p. 67 et suivantes), or dans le domaine de la santé de manière générale et dans celui de la santé mentale plus particulièrement, les données disponibles sont d'une précision et d'une qualité insuffisantes. La première étude RCB lancée dans le champ psychiatrique en 1968 aboutit alors à un échec du point de vue du ministère.

> « Du point de vue administratif, l'analyse nécessite des contacts avec de nombreuses instances, la maladie mentale incombant à des administrations à la fois locales et centrales, relevant de différents ministères, comme la Santé, la Justice et l'Action sociale. Du point de vue thérapeutique, la maladie mentale est par ailleurs située au carrefour de plusieurs approches disciplinaires, souvent rivales, comme la psychiatrie et la psychanalyse, dont les frontières sont en pleine évolution à la fin des années 1960. De sorte que la définition d'éventuels « résultats » est rendue difficile par la pluralité des théories en présence. La maladie mentale est redevable de multiples définitions et approches, plus ou moins compatibles ou concurrentes. Les experts consultés ne manquent pas d'affirmer leurs spécificités, tandis que la dimension « politique » du problème ne cesse d'apparaître. [...] Devant ces difficultés, le groupe d'études réuni au ministère est contraint de limiter son propos à quelques thématiques maîtrisables [...] et les seuls résultats finalement obtenus consistent en une décomposition de l'organisation des soins en quatre sous-éléments. De nombreuses dimensions du problème, comme la recherche ou la prévention, restent inexplorées. »
>
> (Benamouzig, 2005, p. 103-104)

Si l'essai sur la psychiatrie se révèle infructueux, les motivations qui le sous-tendent trouvent un écho très positif dans le contexte des années 1980, alors que le coût des politiques sociales, le déficit des organes administratifs ou encore les restrictions à prévoir pour réduire les dépenses de l'État affleurent comme des sujets de premier plan (Ogien, 1995). Les efforts produits par l'État pour développer les connaissances gestionnaires en matière de santé et de santé mentale révèlent sa croyance en la compatibilité des deux objectifs distincts qu'il poursuit : se doter de connaissances solides sur les problèmes de santé et leur résolution afin

d'envisager une politique de santé plus efficiente dont la réduction ou le maintien des dépenses dans des limites budgétaires permettrait également d'augmenter les résultats de santé.

La réponse qui émerge est essentiellement gestionnaire. Elle propose l'introduction dans le service public d'outils utilisés traditionnellement dans les entreprises privées avec l'objectif d'accroître la productivité et l'efficacité des organisations (Bezes, 2009). Les années 1980 voient ainsi se déployer un mouvement d'évaluation médicale, marqué notamment par la création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1984 – remplacée en 1996 par l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en Santé (ANAES) puis par la Haute autorité de santé (HAS) en 2004. La normalisation et la standardisation des pratiques thérapeutiques engagée depuis la seconde moitié du XX^{e} siècle répondent à la montée en charge d'une demande de rationalisation des règles d'action et des dépenses (Berg, 1995, 1997) et contribuent en partie à la professionnalisation du corps médical (Berg et al., 2000 ; Castel et Merle, 2002 ; Castel et Robelet, 2009). L'introduction des logiques gestionnaires qui sous-tendent et prolongent les efforts de normalisation n'est toutefois pas exempte de critiques portées sur l'amoindrissement de l'autonomie professionnelle qu'elle engendre (Pierru, 2007a ; Belorgey, 2010 ; Pierru, 2012 ; Juven, 2016a). Des travaux récents proposent de dépasser le cadre d'analyse qui oppose hégémonie des logiques gestionnaires et résistances professionnelles permettant de montrer que des articulations plus complexes et stratégiques découlent des efforts de normalisation (Castel et Merle, 2002 ; Levay et Waks, 2009 ; Numerato, Salvatore et Fattore, 2012 ; Moyal, 2019 ; Castel, 2020).

Les spécificités de la psychiatrie comme obstacle à sa rationalisation ?

En l'absence de référentiel commun, la psychiatrie s'est trouvée écartée au milieu des années 1980 des efforts de constitution d'un nouveau système de financement pour l'hôpital qui aboutira en 2004 à la mise en œuvre de la Tarification à l'activité (T2A). En affectant un prix ou tarif standardisé au soin d'une pathologie particulière, ce système suppose tout autant qu'il entraîne une certaine homogénéisation des pratiques thérapeutiques que la psychiatrie n'est pas en mesure de fournir.

Dans le domaine de la psychiatrie, la publication de la troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en 1980 a participé à transformer les vastes entités étiologiques qu'étaient les maladies mentales en une série de catégories basées sur des

symptômes observables. En poursuivant des efforts de standardisation, calqués sur le modèle des sciences biomédicales et promus par les politiques gouvernementales et les assurances privées, le manuel a rencontré un écho plutôt favorable dans la psychiatrie américaine (Mayes et Horwitz, 2005). En France, la réception par les professionnels est plus contrastée (Kirk et Kutchins, 1998 ; Minard, 2013 ; Chapireau, 2013 ; Haustgen, 2016) et son usage concret demeure aujourd'hui marginal dans les pratiques cliniques. Malgré l'usage localisé d'échelles de fonctionnement qui objectivent, souvent *via* la quantification, la présence et la force du trouble mental (voir Le Moigne, 2018), les pratiques cliniques qui ont cours dans les établissements psychiatriques reposent le plus souvent sur un faible outillage et une importante *indétermination* (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977) auxquels s'attache mal le principe de construction de protocoles ou de guides de pratiques cliniques (voir chapitre liminaire). L'inclusion de la psychiatrie dans un processus de rationalisation achoppe sur la faiblesse des sources de savoirs mobilisables par les entrepreneurs de changement.

Prenant au sérieux la difficile fongibilité de la psychiatrie dans un processus de rationalisation des pratiques par les chiffres, une série de travaux récents a saisi l'observation de l'introduction de logiques gestionnaires en psychiatrie comme moment particulier de réaffirmation publique de son identité et de ses spécificités. Pauline Rhenter dans sa thèse (2004) aborde le Programme de Médicalisation de l'Information (PMSI) en psychiatrie comme une tentative d'« évaluation bureaucratique » de la qualité des soins qu'elle qualifie « d'illusion démocratique ». Elle réfute à raison l'idée que rendre accessibles les données du soin (et les lier éventuellement à une évaluation des dépenses publiques) serait en soi un objectif démocratique. Au contraire, en conduisant à réduire l'épaisseur du sujet et la dimension proprement politique du soin psychiatrique, les tentatives de normalisation des pratiques conduiraient à un affaissement de ses propriétés démocratiques. Lise Demailly, Michel Autès, Olivier Debimski et Claire Bélart se sont intéressés aux effets spécifiques des réformes gestionnaires dans le secteur du soin psychiatrique (Autès et al., 2010 ; Demailly et Autès, 2012). Claire Bélart a soutenu une thèse de sociologie (2012) dédiée à la mise en œuvre du Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RimP) dans un établissement spécialisé du nord de la France. Elle y décrit avec la force de la preuve ethnographique les formes de mobilisation collective déployées par les acteurs de terrain pour s'imposer contre le développement de la logique gestionnaire au cœur de l'hôpital psychiatrique. Frédéric Mougeot, dans sa thèse de sociologie (2015) publiée en livre l'année passée (2019), observe le travail des infirmiers et infirmières en psychiatrie dans sa dimension inventive pour exercer dans un contexte de plus en plus contraint par les

obligations gestionnaires autour desquelles ils et elles développent des arrangements pour préserver la clinique. Ces travaux qui prennent pour terrain l'activité psychiatrique s'inscrivent dans une tradition de sociologie de l'hôpital qui étudie ses transformations récentes en interrogeant l'articulation entre rationalité managériale et professionnelle (Peneff, 1992 ; Acker, 2005 ; Belorgey, 2010). Livia Velpry et Benoit Eyraud ont proposé une lecture originale des « *ambiguïtés de la déspécification de la psychiatrie* », en montrant comment d'une part l'affaiblissement des configurations organisationnelles et thérapeutiques établies par la référence à la psychanalyse (2011) et d'autre part le rapprochement croissant de la psychiatrie des autres domaines hospitaliers à la suite de la désinstitutionalisation (2014) ont conduit à l'émergence de principes évaluatifs et de logiques gestionnaires à l'hôpital psychiatrique.

Ces travaux présentent l'avantage d'offrir une double perspective sur les formes récentes de la mise en chiffre de la psychiatrie. Si elle est décrite souvent comme une imposition disciplinaire et coercitive, l'approche interactive empruntée par les auteurs la constitue comme un outil et un moment privilégié de mobilisation collective (Demortain, 2019). Nous entendons prolonger cet intérêt pour les chiffres et leurs outils de gestion dans cette partie de la thèse, en les attachant aux politiques desquelles ils participent.

Les instruments de la mise en économie de la psychiatrie

En s'inscrivant dans le prolongement du dialogue entre deux ensembles de littérature, l'analyse de l'action publique et la sociologie des sciences, la seconde partie de la thèse entend explorer les formes originales et les effets d'une progressive mise en économie des soins psychiatriques.

Transformations de l'État, gouvernement des conduites professionnelles et instrumentation

Nous mobilisons la littérature sur les transformations des bureaucraties qui interviennent depuis les années 1980, agrégées sous le terme de nouvelle gestion publique. La littérature analyse les transformations comme relevant de l'introduction d'une « logique de marché » à l'intérieur des services de l'État et des administrations comme forme singulière de *rebureaucratisation.* Philippe Bezes caractérise cette transformation comme « *le passage d'une*

bureaucratisation par les règles à une bureaucratisation par les nombres » (Bezes, 2020, p. 22).

Un premier corpus s'y réfère comme à une « *bureaucratisation néolibérale* » (Hibou, 2013) caractérisée par une conception relationnelle de la domination exercée par l'État soutenue et renouvelée par la prolifération de techniques de « codage » et de quantification. D'autres décrivent plus volontiers l'emprise des dispositifs visant la *performance* (Kurunmäki, Mennicken et Miller, 2016 ; Bezes, 2020), passant notamment par la *valorisation financière* des actions de l'État (Ogien, 2013). Un autre sous-ensemble, qui revendique ses origines intellectuelles dans les travaux de Michel Foucault, concentre plus précisément l'analyse sur les tensions entre *savoir* et *pouvoir* à l'œuvre dans des dispositifs de gouvernement particulièrement diffus et indirect (Miller et O'Leary, 1987 ; Miller et Rose, 2008), et desquels l'État semble souvent avoir déserté.

Au contraire, nous proposons une approche attentive à la centralité de l'État dans le processus de gouvernement à travers la notion de *gouvernement des conduites* (Dubuisson-Quellier, 2016), forgée elle aussi à partir de celle de *gouvernementalité* chère à Michel Foucault (Foucault, 2000, 2004). Elle renvoie à une structuration des comportements individuels, ici professionnels, reposant, non pas sur l'imposition de règles ou de mécanismes disciplinaires, mais, sur une promotion incitative, parfois diffuse, mais tout aussi normative et qui s'inscrit dans des instruments concrets (mobilisés par l'action publique et par des acteurs privés).

Dans ce prolongement, nous portons notre regard sur l'État – à travers ses administrations et ses services déconcentrés – qui apparaît au centre du dispositif d'*économicisation* des activités psychiatriques. Si la régulation semble toujours portée par l'État, c'est sous des formes recomposées qu'il intervient (King et Le Galès, 2011). Cette transformation suppose quelques aménagements dans l'appareil méthodologique de l'analyse de l'action publique en la saisissant par le bas (Borraz et Ruiz, 2020 ; Epstein, 2020), dans sa pratique concrète et à partir de ses instruments.

L'instrumentation de l'action publique peut être comprise comme « *une manière de structurer un espace d'échanges à court terme, de négociations et d'accords, tout en laissant en touche les enjeux qui sont les plus problématiques* » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 26). Les instruments d'action publique, en tant qu'ensemble de technologies concrètes porteur de représentations normatives, visent la structuration des relations entre la puissance publique et ses destinataires. Loin d'être réductible à un simple substrat des fins poursuivies par l'action publique, l'instrument, en étant saisi par les individus et parce qu'il structure leurs actions,

existe en dehors de ses finalités formelles (Hood, 1983). L'instrument d'action publique partage avec l'objet technique des sociologues des sciences un caractère malléable et peu prévisible : « *l'action avec un dispositif technique ne peut être rabattue ni sur l'intention, ni sur la prescription et c'est dans l'espace laissé entre ces deux termes que peut se loger l'acteur-utilisateur* » (Akrich, 1993, p. 44). Si l'étude attentive aux conditions de fabrication de l'instrument bénéficie à la compréhension des représentations et des objectifs qui animent les acteurs lors de la confection, l'analyse empirique des usages des instruments contribue à connaître ses effets lors de sa mise en œuvre. C'est cette double perspective qui est empruntée dans cette partie.

Les instruments qui nous intéressent ici sont sous-tendues par l'idée de présider au financement des activités psychiatres – bien que le recueil d'activité, dont la confection est au cœur du chapitre V, ne donne pas concrètement lieu à financement. Ils s'apparentent à des outils de gestion (Chiapello et Gilbert, 2013) visant à rationnaliser les dépenses liées à la psychiatrie, au sens de leur appliquer un principe rationnel défini par l'économie (Weber, 2008). Cette volonté de rationalisation prend des formes similaires à l'application du *motif économique* dans les autres domaines de santé : faire correspondre l'effort financier à l'activité effectivement produite et/ou à ses résultats (Benamouzig, 2005 ; Juven, 2016a), mais elle connaît un destin différent en psychiatrie.

Économiciser la psychiatrie

La dimension essentiellement comptable et financière des instruments qui nous intéressent ici ainsi que l'insistance de travaux cités plus haut sur les transformations de l'action publique nous conduisent à prendre au sérieux la piste analytique de la quantification. Si les chiffres portent en eux une forte capacité de conviction (voir entre autres Porter, 1995 ; Rose, 1991 ; Desrosières, 2013, 2014), c'est par la sophistication des *techniques de calcul* que la quantification apparaît comme « *une des plus notables nouveautés politiques* » depuis les années 1980 (Espeland et Stevens, 2008). Les chiffres en tant que tels ne procèdent d'aucun rationalité ou *agentivité* propre. C'est par les assemblages techniques et politiques, les *instruments* en somme, dans lesquels ils s'inscrivent et encore plus qu'ils permettent, que s'observe leur puissance. Dans les termes de Peter Miller et Nikolas Rose (2008) à partir des travaux de Michel Foucault (2000, 2004), il convient de distinguer les *rationalités,* les *programmes* et les *technologies de gouvernement*. En recourant à cette tripartition analytique

les auteurs évitent avec justesse l'amalgame de l'outil et de sa politique, mais soulignent « *le lien intrinsèque* » (*the intrinsic link*) entre les trois notions sans les superposer. La notion d'instrument de médiation (*mediating instrument*) permet de montrer comment les pratiques gestionnaires font le lien entre la politique et les actions concrètes des acteurs (Kurunmaki et Miller, 2010 ; Kurunmäki, Mennicken et Miller, 2016). Nous soutenons en effet que c'est dans le processus de structuration organisationnelle que les tensions normatives contenues dans l'instrument se réifient et se résolvent en partie, tout en en faisant apparaître de nouvelles.

Les travaux de Peter Miller et ses coauteurs (Miller et O'Leary, 1987 ; Mennicken et Miller, 2012 ; Kurunmäki et Miller, 2013 ; Miller et Power, 2013) ont montré la fécondité d'une analyse croisée du déploiement des techniques de comptabilité (*accounting*) et des adaptations organisationnelles. La notion d'*économicisation* permet d'appréhender conjointement les techniques concrètes de mise en chiffres attachées à la poursuite d'un objectif de type organisationnel. Le processus d'*économicisation* décrit par Peter Miller et Michael Power (2013) renvoie au « *processus et aux pratiques par lesquels les individus, les activités et les organisations sont constitués sous la forme d'acteurs et d'entités économiques* » (Miller et Power, 2013, p. 558 ; traduit de l'anglais in Miller, 2014, p. 370). Ils identifient quatre « rôles-clefs » de la comptabilité dans ce processus : la territorialisation (*territorializing*) revient à découper le réel en « espaces calculables » (Miller, 2014, p. 371) ; la médiation (*mediating*) concerne la mise en relation des acteurs et des idées qui concourt à travailler et à recomposer leur sens, dans une définition proche de celle de la sociologie des sciences (Callon, 1986 ; Callon et Rip, 1992) ; l'attribution (*adjudicating*) renvoie à la fonction de comparaison des entités calculables et de la distribution des ressources à partir d'une forme de classement (notamment à la performance) ; enfin la fonction de subjectivation (*subjectivizing*) désigne l'intériorisation des propriétés par les acteurs et ainsi le processus par lequel les individus en viennent à se construire comme des individus libres de choix devant prendre « *des décisions pouvant à leur tour être rendues calculables et gouvernables* » (Miller, 2014, p. 372). Nous allons voir dans cette partie qu'une pluralité de procédures observées vise justement à *économiciser* les activités psychiatriques en ce sens, ce faisant elles les rendent maniables et gouvernables.

Nous évaluons quel type de mise en économie est recherchée est rendue possible en psychiatrie depuis 1990 et quels sont les effets concrets de ce changement institutionnel.

Problématique et présentation du plan

Nous poursuivons ici notre recherche sur l'autonomie professionnelle des psychiatres dans le contexte d'une transformation, souhaitée, mais toute relative dans les faits, d'une transformation de son mode de financement. Partant, nous déterminons deux relations d'interdépendance entre autonomie professionnelle et financement public, que nous évaluons dans la partie. Le premier mode d'interdépendance vise à identifier la part de discrétion laissée aux professionnels de la psychiatrie dans la confection et l'usage d'un système de financement. Quel poids décisionnel portent-ils pour faire advenir ou retarder le changement ? Comment les spécificités relatives à leur activité sont-elles prises en compte dans l'élaboration d'un système de financement ? Le second mode d'interdépendance explore le mouvement inverse, à savoir les effets concrets du mode de financement (son volume et son mode de répartition) sur les conditions d'exercice de la psychiatrie. Dans quelle mesure la décision psychiatrique relative à une stratégie thérapeutique dépend-elle concrètement du contexte matériel et économique ? Les psychiatres répondent-ils, et de quelles manières, aux incitations financières ?

Dans le cinquième chapitre, nous étudions les controverses autour de l'élaboration d'un système de financement à l'activité pour la psychiatrie depuis leurs origines, au milieu des années 1980, qui mettent les psychiatres face à la volonté réformatrice de l'administration centrale. Nous montrons que ce processus réformateur particulièrement long et en partie inabouti crée néanmoins les conditions pour l'élaboration d'un outil de description de l'activité clinique (chapitre V). Dans le sixième chapitre, nous descendons à l'échelle régionale pour observer concrètement les modalités d'attribution des budgets hospitaliers opérées par les Agences régionales de santé (ARS). Nous montrons par là que le financement au concret de l'activité psychiatrique se révèle plus dynamique que la dotation globale ne veut bien le laisser voir. En effet, ce système de dotation qui met les ARS en position de négociations avec les établissements, se révèle plutôt maniable à l'usage. À travers différents instruments concrets d'attribution de financements prélevés sur cette enveloppe globale, l'ARS opère un pilotage de proximité des établissements en négociant le développement de certaines activités (chapitre VI).

Chapitre V : L'improbable réforme du système du financement de la psychiatrie et ses controverses

Introduction

L'histoire de la Tarification à l'activité (T2A) en médecine hospitalière s'inscrit dans celle de la maîtrise et du contrôle des dépenses, au cœur des politiques de santé et des politiques budgétaires depuis la fin des années 1970. En imposant aux organisations de production des soins hospitaliers de rendre des comptes sur leur activité et d'y indexer son financement, la T2A représente la mesure la plus emblématique des réformes de type gestionnaire ou de nouveau management public dans le secteur de la santé. Grâce au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les pouvoirs publics se dotent d'un nombre important de données sur les patients pris en charge à l'hôpital général ainsi que sur les actes qui sont pratiqués au cours de leur hospitalisation. La T2A à partir de 2004 préside à une part très majoritaire du budget de fonctionnement de l'hôpital (et suspend le recours à la dotation globale) : les établissements hospitaliers facturent à l'Assurance maladie leur « activité réelle » à partir d'un codage principalement diagnostique des personnes prises en charge. Ensemble, le PMSI et la T2A constituent alors un astucieux instrument du pilotage des politiques de santé hospitalières (en faisant varier le montant du tarif affecté à telle ou telle pathologie, les pouvoirs publics identifient des priorités).

La psychiatrie n'a pas bénéficié de l'évolution de son système de financement en même temps que le reste des disciplines hospitalières et demeure financée à la dotation globale[1]. Ce chapitre ambitionne de comprendre les raisons au fondement de son exclusion du processus réformateur et de montrer pourquoi l'imposition d'un outil de recueil de l'activité semblable au PMSI, le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP) n'a pas donné lieu à une réforme de financement.

La constitution des tarifs par pathologie est au cœur de la confection de l'instrument T2A. Elle est rendue possible par le croisement de deux instruments : les Groupes homogènes de malades (GHM) et l'Enquête nationale de coûts (ENC). Les GHM, une classification des séjours hospitaliers standards en fonction de la pathologie, sont directement importés des

[1] C'est le cas également pour les Soins de suite et de réadaptation (SSR). Le PMSI est mis en place en SSR depuis 1998 mais ne donne pas lieu, aujourd'hui, à un financement de type T2A.

Diagnosis related groups (DRG) utilisés aux États-Unis. L'absence de classification propre à la psychiatrie, ainsi que l'infructueuse expérience de l'enquête sur la psychiatrie menée en 1968-69 par le ministère de la Santé (voir introduction de la partie), constituent le premier obstacle à l'inclusion de la psychiatrie dans le processus réformateur. Grâce aux enquêtes de coûts menées à partir de 1992 dans les établissements hospitaliers, des tarifs sont attachés à chaque GHM avec une méthodologie de comptabilité analytique (calcul des coûts de revient de chaque unité de compte dont le plateau technique, les médicaments ou encore les postes de dépenses liées à l'hôtellerie). La méthodologie et l'opacité du calcul des tarifs à partir de l'enquête constituent une controverse persistante de la mise en œuvre de la T2A (Moisdon, 2012), à laquelle prennent part des professionnels médicaux ainsi que des sénateurs et des conseillers de la Cour des comptes (Juven, 2016a, p. 120).

Les effets négatifs sur la qualité des soins et le maintien d'un budget global fermé à l'intérieur duquel se déploie la réforme T2A constituent les autres nœuds de la controverse identifiés par Pierre-André Juven (2016a, p. 121-129). L'affectation d'un tarif par pathologie (pas nécessairement aligné sur le coût réel de la prise en charge) produit une hiérarchie des patients en fonction de leur rentabilité sur le plan de la facturation, dépendant à la fois de leur(s) pathologie(s) et de leurs caractéristiques socio-économiques qui pondèrent considérablement le coût réel de la prise en charge. Les équipes médicales sont incitées par les gestionnaires à développer des parcours de soins relativement standardisés pour la prise en charge d'une pathologie donnée avec l'objectif de réduire les coûts. Deux effets pervers se dégagent et peuvent se superposer, critiqués vertement par des associations d'usagers du système de santé : le manque d'individualisation des prises en charge affectant la qualité des soins (avec le recours systématique à la même procédure thérapeutique sans tenir compte des caractéristiques singulières de la personne soignée) et le refus éventuel de prise en charge de certains patients non-rentables (du fait d'une pathologie dont le traitement n'est pas standardisé dans l'établissement ou de caractéristiques intrinsèques au patient).

Le maintien de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) mis en place en 1996 contraint en parallèle les finances dédiées à la santé dans une enveloppe globale fermée. Les établissements hospitaliers sont incités à augmenter leur activité pour générer des budgets supplémentaires alors que le fonds financier dont ils dépendent est plafonné. Une augmentation significative de l'activité hospitalière ne conduit pas à une augmentation de l'enveloppe, mais à une diminution des tarifs par pathologie (Juven, 2016a, p. 125‑129). Le croisement des deux instruments, T2A et ONDAM, conduit à une situation ambivalente dans

laquelle la mise en marché progressive des soins hospitaliers est retenue par le mécanisme budgétaire.

Au-delà de ces paramètres, la mise en œuvre de la T2A conduit à des effets majeurs du point de vue de la gouvernance des établissements hospitaliers. La relation aux tutelles régionales, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)[1], se trouve vidée d'une partie importante de son contenu. La répartition des budgets hospitaliers aux établissements de son territoire constituait un moment fort de leur relation grâce aux négociations autour de leur reconduction et évolution et un instrument de pilotage des politiques régionales de santé (voir le chapitre suivant). Les gestionnaires gagnent du terrain au sein des établissements, puisque de leur action dépend directement le financement de l'hôpital, au prix parfois d'un recul des intérêts médicaux. D'importantes ressources matérielles et humaines supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer du « bon codage » de l'activité (Juven, 2013). Enfin, sur un plan plus général, en transformant l'hôpital en un espace quasi marchand (Juven, 2015)[2], la réforme rompt en partie avec l'idée de service public hospitalier.

Ancré au croisement de l'analyse de l'action publique et de son instrumentation et de la sociologie des sciences et des controverses, ce chapitre analyse les controverses qui président à l'exclusion initiale de la psychiatrie du processus réformateur et conduisent finalement à l'instauration d'un Recueil de l'information médicale en psychiatrie (RimP) en 2006 ne donnant pas lieu à financement. L'analyse d'une réforme impossible nous paraît tout à fait intéressante pour poursuivre notre étude du changement en psychiatrie, mais également sur un plan plus général.

Nous nous concentrons sur la phase de construction de l'instrument pour comprendre pourquoi il ne permet pas d'y attacher une réforme du financement. C'est en fait la dimension « programmatique » du *Programme* de médicalisation de l'information qui retient notre attention ici et non son produit fini comme système d'information. À travers l'analyse des expériences singulières menées en psychiatrie, il entend retracer près de trente ans d'une histoire marquée par les incertitudes autour de la répartition des financements plutôt que de leur volume et de la manière de décrire son activité. Alors que le PMSI et la T2A ont été rapidement

[1] Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sont créées par les ordonnances Juppé de 1996. Elles sont conçues comme des services déconcentrés du Ministère des hôpitaux publics et privés. En 2010, elles deviennent Agences Régionales de Santé.

[2] La mise en marché des soins hospitaliers conduit également au développement d'un discours, jusque-là relativement inédit, au sujet de la faillibilité des hôpitaux publics (Kurunmäki, Mennicken et Miller, 2018).

pensés ensemble[1], les deux natures ou objectifs de l'objet gestionnaire en psychiatrie, description de l'activité clinique et financement, apparaissent un temps en concurrence et poursuivent des trajectoires souvent désajustées. Les incitations à la restitution de compte et à la transparence prônées par la modernisation de l'action publique rendent pourtant ces deux objectifs résolument inextricables.

Le codage de l'activité clinique s'apparente à une opération de traduction et de mise en forme du monde (Callon, 1986). Pour qu'il soit rendu possible, il faut qu'une série de conventions, même minimales, puisse être établie entre les acteurs. Or, des conventions, la psychiatrie des années 1980 et 1990 en compte peu. Le recours aux classifications diagnostiques ne fait pas l'unanimité parmi les praticiens (voir chapitre liminaire). La pluralité des lieux de soins, accrue par la mise en œuvre de la sectorisation dans les années 1980, la diversité des intervenants professionnels et la large gamme de solutions thérapeutiques proposées aux patients (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, consultation individuelle, activités thérapeutiques en groupe, etc.) rendent encore la psychiatrie pratiquée dans un secteur donné faiblement commensurable à une autre (Eyraud et Velpry, 2011, 2014). Les incertitudes sont encore plus grandes quant à la standardisation du lien entre diagnostic et stratégie thérapeutique. Les professionnels revendiquent que la seule expertise professionnelle peut conduire à la prise de décision thérapeutique, insoluble dans un outil de description qui pousse à la standardisation des manières d'agir. Ces discours professionnels conduisent Pauline Rhenter à conclure que les difficultés de mise en place de l'instrument tiennent « *moins à la résistance des acteurs qu'à la résistance des pratiques elles-mêmes* » (Rhenter, 2004, p. 453).

Du point de vue méthodologique, Claude Gilbert et Emmanuel Henry (2009, 2012) invitent à prendre au sérieux des scènes *discrètes* (voir également Garraud, 1990), et où se discutent la définition d'un problème et de ses solutions. Dans le cadre d'une controverse susceptible d'apparaître comme technique, comme la mise au point d'un système de financement d'une activité hospitalière, l'observation de scènes à l'ombre de grands évènements et de prises de parole publiques apparaît d'autant plus essentielle. Des archives du ministère de la Santé et des archives recueillies auprès de certains acteurs ont été mobilisées.

[1] Les DRGs américains, utilisés pour décrire l'activité hospitalière, n'avaient pas, à l'origine, vocation à procéder à la dotation des établissements de santé initialement. La réforme Medicare en 1983 va propulser les efforts de description de l'activité dans cette brèche, au moment justement où quelques chercheurs en gestion s'intéressent en France à ce système.

Cette analyse documentaire a été menée en parallèle d'une campagne d'entretiens auprès d'acteurs ayant participé aux tentatives de réforme depuis les années 1990.

L'analyse de ces matériaux permet d'identifier trois grandes séquences temporelles qui constituent les trois temps de l'argumentation. La première période débute avec l'engagement de quelques psychiatres dans un processus réformateur, sollicité par le ministère de la Santé, visant la création d'un recueil d'activité qui permettra de moduler une partie des financements de la psychiatrie pour réduire les inégalités entre établissements, qui vont rapidement être enrôlés par le ministère pour participer à l'extension du PMSI en psychiatrie (A). Le début des années 2000 est marqué par une intensification et une structuration de la critique énoncée par les professionnels de la psychiatrie à l'encontre des projets de l'administration centrale (B). Au milieu des années 2000, la récupération d'un modèle de financement alternatif à la dotation global et à la T2A mis au point par un regroupement d'acteurs professionnels (la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie, VAP), à distance du ministère, permet finalement au ministère d'introduire un Recueil de l'information médicale en psychiatrie (RimP) en 2007, sans pour autant parvenir à y attacher un système de financement (C).

A. Inventer la mise en économie de la psychiatrie : d'une démarche singulière à l'extension du PMSI à la psychiatrie (1990-2000)

Dans les années 1980, les efforts de structuration de l'offre de soins en psychiatrie, de la part du ministère et des professionnels de soins, portent principalement sur la mise en œuvre de la sectorisation. La poursuite d'un objectif de diminution du recours à l'hospitalisation révèle alors deux enjeux propres à la psychiatrie : le manque de données fiables pour observer les transformations en cours dans les prises en charge et le caractère peu dynamique du financement à la dotation globale des secteurs de psychiatrie qui ne favorise pas l'innovation et le « virage ambulatoire ». Ces deux enjeux se trouvent alors intriqués l'un à l'autre dans une démarche de recherche d'un cadre de description de l'activité clinique et d'analyse des coûts de prise en charge. En 1990, une méthodologie propre à la psychiatrie est recherchée (1), mais le groupe de travail est rapidement rattrapé par la volonté du ministère de la Santé de mettre la psychiatrie au diapason des autres disciplines hospitalières en poursuivant l'extension du PMSI au champ de la psychiatrie (2).

1) Une démarche propre à la psychiatrie pour poursuivre sa réforme organisationnelle ? L'installation du groupe 13 en 1990

Dans les années 1980 un terreau culturel favorable à l'ouverture de l'asile sur la ville dans le cadre de la sectorisation conduit à la fermeture progressive d'une part des lits d'hospitalisation. Dans ce contexte de transformation, le besoin de données sur les prises en charge proposées par les secteurs se fait ressentir. En plus de la très grande variabilité supposée des stratégies thérapeutiques déployées en psychiatrie, des inégalités de richesse économique apparaissent et se creusent avec le système de dotation globale[1]. Dans ce contexte, il apparaît que l'évolution du système de financement constituerait un levier efficace tant du point de vue de l'enjeu d'équité économique que de celui de la poursuite d'une planification ambulatoire.

Le rapport de Jean et Marie Demay déposé en 1982 (voir chapitre III), avec l'objectif de supprimer à terme les hôpitaux psychiatriques au profit d'une prise en charge entièrement ambulatoire et d'une politique de gestion sociale (et d'hébergement) audacieuse, proposait d'externaliser en dehors des murs de l'hôpital, la gestion administrative et financière de l'activité de soins. Le législateur fait en 1985 un choix différent et ambivalent. La loi du 31 décembre 1985 entérine l'existence légale de la sectorisation et permet d'accélérer sa mise en œuvre, encore limitée malgré la publication de la circulaire de 1960 (Eyraud et Velpry, 2014). Mais elle organise la répartition des budgets et des ressources humaines entre les différentes structures extrahospitalières à partir de l'établissement hospitalier.

Le 14 mars 1990, le ministère de la Santé de Claude Évin publie une circulaire *relative aux orientations de la politique de santé mentale* qui fait apparaître dans ses « considérations générales » la mention suivante : « *Pendant vingt ans, notre dispositif de soins psychiatriques a connu un extraordinaire essor tant en ce qui concerne la psychiatrie publique que la psychiatrie exercée en cabinet privé. Aujourd'hui, il se trouve confronté aux contraintes de la maîtrise des coûts de santé, en concurrence avec les autres disciplines médicales* », affichant clairement la problématique de la « maîtrise des coûts » comme enjeu de développement et perspective pour les soins de santé mentale. Cette circulaire fait également valoir l'importance des « *problèmes de santé mentale* [qui] *méritent qu'on leur consacre beaucoup d'attention* ».

[1] Le rapport public annuel de la Cour des comptes de l'année 1988 consacre un chapitre à la politique de lutte contre les maladies mentales et déplore les disparités entre secteurs tant en termes de ressources que de pratiques. Le ministère chargé de la Santé produit une réponse dans laquelle il s'engage à mettre en œuvre un « outil » pour réduire les inégalités.

Cette mention permet ensuite de plaider pour une meilleure information sur les pratiques et les activités et réclamant notamment des « évaluations ».

Cette *volonté de savoir* sert de prémisse à une seconde circulaire publiée quelques semaines plus tard, le 11 avril 1990, *relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie.* La situation au moment de la parution de la circulaire est la suivante. Les établissements psychiatriques n'ont pas eu à constituer, contrairement aux hôpitaux généraux et aux CHU, de Département d'information médicale (DIM)[1]. Dans les établissements suffisamment dotés, et qui possèdent des ressources en interne (des médecins avec des connaissances en informatique et en épidémiologie), se sont constitués au fil des années 1980 des petits groupes de discussion sur la meilleure manière de gérer les informations relatives aux patients et de les utiliser. Ces groupes détiennent des connaissances de terrain sur leurs patients et leurs pratiques qui, précisément en l'absence de recueil, ne sont pas partagées par les pouvoirs publics. De son côté, le ministère chargé de la Santé s'est progressivement doté de connaissances sur le système hospitalier en développant le PMSI MCO et possède les moyens nécessaires pour mettre en œuvre des expérimentations. Il possède une légitimité politique pour imaginer des réformes et s'est constitué une importante ressource scientifique du point de vue des méthodes. En demandant à des médecins de prendre la tête des départements d'information médicale (DIM), les instigateurs du PMSI permettent de préserver l'outil en évitant une critique portant sur ses aspects technocratiques. Au contraire, le recueil de l'activité conserve ainsi une dimension clinique qui lui assure, du moins au début, une réception acceptable chez les professionnels qui l'expérimentent. La même procédure a été respectée pour la psychiatrie.

La circulaire *relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie* lance les travaux autour du PMSI en santé mentale, à rebours des réflexions sur les autres disciplines hospitalières. Elle rappelle l'état d'avancement des travaux en MCO et met en avant l'inexistence à l'étranger d'une méthodologie pour la santé mentale. Elle propose ensuite aux établissements spécialisés en santé mentale de se porter candidats pour participer à sa création. Il s'agira pour les établissements retenus de fournir un travail de recherche sur « *les critères d'évaluation des modalités de prise en charge* » et sur *« l'étude des relations entre*

[1] L'équivalent pour le MCO de cette circulaire est parue sous forme de *Note* signée par le Directeur des Hôpitaux, Jean Kervasdoué en 1982 (Sur cette histoire voir Benamouzig, 2005 ; Juven, 2016a chap. 2). La circulaire nº303 du 24 juillet 1989, relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics avait limité là aussi la création des départements d'informations médicale à l'activité dite de court-séjour, c'est-à-dire le champ médico-chirurgie-obstétrique.

modalités de prise en charge et caractéristiques des patients (catégorie diagnostique, caractères socio-démographiques) ». La circulaire fait état de la nécessité de mener une « *expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie* » sans la lier explicitement aux transformations du mode de financement des établissements. La circulaire contient également une annexe de deux pages sur le rôle et l'organisation du DIM en psychiatrie dont il est précisé qu'elle est inspirée de la circulaire du 24 juillet 1989 *relative à la généralisation du PMSI dans les hôpitaux publics* (hors psychiatrie). Des budgets supplémentaires (dits « hors-enveloppe ») y sont accordés pour permettre la création d'un Département de l'Information Médicale et recruter du personnel médical et de secrétariat pour le faire fonctionner. De plus, en proposant un appel à projets, la cellule PMSI du ministère s'assure une capacité de sélection parmi eux.

Treize établissements sont finalement choisis sur la base des projets qu'ils proposent et Alain Lopez, un médecin inspecteur en Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS)[1] spécialisé en psychiatrie, est désigné pour encadrer le groupe de travail, qui se fait appeler le « Groupe des 13 », à partir de 1990. Selon Alain Lopez, la manière par laquelle le projet a été initié montre la faible volonté politique qui y préside :

> « Le fait même que ce soit délégué à un groupe de travail prouve que ça n'intéressait quand même pas grandement le ministère… Moi, à cette époque-là je suis quand même médecin inspecteur de santé publique à la DRASS en Auvergne, c'est pour vous dire ! ça me flattait, mais j'ai vite compris que ce n'était pas flatteur. Si vous accordez vraiment de l'importance à ce sujet, vous ne mettez pas un péquin sorti de la cambrousse pour présider le groupe de travail »
>
> Alain Lopez, ancien président du Groupe des 13, IGAS, Novembre 2015

Selon nous, la nomination d'un fonctionnaire avec une faible légitimité (qui a largement augmenté dans la suite de la carrière) permet surtout de constituer un groupe peu autonome politiquement assurant à la cellule PMSI du ministère une capacité de pilotage rapproché des travaux du groupe.

Les raisons qui fondent l'engagement des professionnels dans le Groupe des 13 sont variées. « *Y'en a certains, ils ont joué à fond la caisse le PMSI. Alors même qu'ils n'avaient*

[1] Les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales étaient un service déconcentré de l'État en région et relevant du ministère chargé de la Santé. La loi HPST promulguée en 2009 institue les Agences régionales de Santé qui reprennent en 2010 une grande partie de leurs attributions sanitaires. Les directions régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale sont quant à elles chargées des attributions relatives à l'action sociale.

pas joué à fond la caisse la mise en place de la sectorisation psychiatrique […] *Tout à coup ils se sont jetés à corps perdus dans le truc, peut-être parce que les places de chef de secteur n'étaient pas assez nombreuses* » (formatrice en santé mentale en Aquitaine, juillet 2016). Comme le souligne cette formatrice, l'engagement professionnel poursuit des objectifs de distinction et de segmentation professionnelles classiques. Dans une discipline peu reconnue dans la hiérarchie médicale, certains médecins ont vu dans la collaboration avec le ministère, une voie de reconnaissance. Quelques-uns d'entre eux étaient également déjà engagés dans l'informatisation des services de soins et l'avantage financier les attire particulièrement.

Bien qu'ils poursuivent des intérêts individuels variés, les professionnels engagés dans le Groupe des 13 partagent un sens commun réformateur. Notamment ils refusent que la cellule PMSI impose « par le haut » un outil qui ne respecterait pas les spécificités de la psychiatrie et proposent dans le rapport qu'ils déposent en janvier 1992 de bâtir un recueil de l'activité psychiatrique respectant ses particularités, pouvant donner lieu à des modulations budgétaires (et non un système de financement basé uniquement sur l'activité).

La sectorisation, la pluralité des structures de soins, les différentes modalités de soins, la durée de la prise en charge, la diversité et la continuité de l'équipe soignante, et la faiblesse des actes médico-techniques à la faveur du temps médical et soignant sont explicités comme étant les axes de description de la discipline psychiatrique. La sectorisation et la diversité des structures d'accueil détonnent particulièrement par rapport à l'unité de lieu de l'hôpital général. L'éloignement géographique des structures entre elles entraîne des temps et des frais de déplacement importants. Ces spécificités sont également à mettre en lien avec la pluralité de modalités de soins et la continuité de l'équipe soignante. La diversité des activités qui sont proposées nécessitent du temps de coordination afin d'organiser les parcours de soins et les prises en charge individuelles. La question des soins sans consentement est également invoquée par les professionnels comme un élément faisant peser une contrainte lourde sur l'organisation et très coûteux en ressources (Velpry, 2010). La prise en charge psychiatrique est singulière dans sa temporalité puisqu'elle se déroule le plus souvent sur plusieurs années en alternant des phases hospitalières dites « aiguës » et des phases où la personne recouvre plus d'autonomie et peut être suivie en ambulatoire. À la différence d'un acte technique, comme une chirurgie, pour lequel on peut assez aisément identifier un début et une fin, la prise en charge d'une schizophrénie s'envisage sur le temps long et il est impossible d'anticiper la fin des soins puisque la guérison à proprement parler n'est pas nécessairement recherchée, au profit d'une « vie avec la maladie ». Pour les professionnels, l'appartenance à une catégorie nosographique

ne prédit nullement de la charge en soins, du besoin de soins ou même de la stratégie thérapeutique adoptée.

> « Mais alors, dans la pratique quotidienne oui, on va très bien voir que c'est un psychotique, que c'est un schizophrène, mais ça ne dit rien sur ce qu'on va faire pour lui. C'est vraiment, oui il est schizophrène il a un mode de fonctionnement psychique très particulier qui n'est pas le nôtre, il emploie pas la langue avec les mêmes fonctions que nous, mais c'est un humain et qu'est-ce qu'on va faire pour lui permettre de retrouver un minimum de vie sociale et de souffrir moins ? »
>
> Dr Vallois, psychiatre en région parisienne et expert à la Cour, janvier 2016

Les décisions thérapeutiques qui sont prises par l'équipe autour d'une personne dépendent très largement de l'effet recherché ainsi que des ressources extérieures dont elle dispose. Comme dans d'autres vulnérabilités neurologiques ou somatiques, la durée de soins aigus est très variable selon que la personne peut bénéficier à l'extérieur d'une prise en charge adaptée selon la disponibilité et les compétences de ses proches-aidants, du lieu géographique et de l'organisation matérielle de l'espace ou encore de son insertion socio-économique (emploi, prestations sociales). Un critère particulièrement discriminant est la présence d'un logement (à domicile, chez un proche, dans une structure médico-sociale ou en foyer).

Le rapport met ensuite en avant sa détermination à trouver une solution permettant de sortir de la dotation globale au profit d'un financement avec « modulation ». Alain Lopez argumente en faisant valoir qu'il faut éviter de voir se distinguer deux médecines : « *L'une rationnelle, évaluable sur un plan économique, capable de rendre compte de ses activités, des problèmes traités, la médecine des centres hospitaliers ; l'autre irrationnelle, inévaluable, dont l'expérience est intransmissible, la médecine des services psychiatriques. Si la psychiatrie reste en dehors du PMSI, elle se trouvera défavorisée, par rapport aux autres disciplines médicales, dans toute négociation budgétaire* ». Le cadre stratégique de la mission ainsi posé, les auteurs développent leur méthode de travail pour sélectionner la meilleure solution technique parmi celles qui apparaissent possibles, en commençant par présenter les dix-neuf projets issus du travail des 13 établissements retenus.

Nous classons les projets selon quatre grands modèles, qui présentent les critères d'évaluation pertinents du point de vue des professionnels.

1) *Des modèles basés sur une typologie des patients (classifications nosographiques et/ou types de prise en charge) (9 projets)*

La solution visant à répartir les patients selon leur « profil » (non uniquement lié au diagnostic, mais également à la charge en soins ou à des critères socio-économiques) emporte la préférence des professionnels. Elle est relativement proche du fonctionnement du PMSI qui propose d'induire du diagnostic un type de prise en charge et donc un coût économique.

2) *Des modèles évaluatifs ou basés sur les résultats : mesurer et évaluer l'évolution de l'état du patient (8 projets)*

Le deuxième type de modèle, fondé sur les résultats, n'obtient pas d'écho dans la sphère politique au cours des années 1990, 2000 ou 2010. La difficulté fondamentale tient à la fois à la définition d'objectifs sur lesquels les professionnels ne s'accordent que faiblement et au mode d'évaluation des résultats.

3) *Un modèle de typologie par structure : des structures ou des secteurs en fonction de la charge en soins des patients qu'elles reçoivent (1 projet)*

Le modèle de calcul de coût par structure suppose d'affecter un coût de prise en charge unitaire pour un type de structure donné. Par exemple, les activités proposées en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) se font le plus souvent en groupe et associent des patients souffrant d'une pathologie chronique, mais relativement autonomes. À partir de ces données, le projet propose de calculer un coût-type par venue en CATTP. Ce système, qui ne tiendrait pas compte du contenu des prises en charge, ni même du profil des patients, est une extension à d'autres prises en charge du prix de journée révolu en 1983 au profit de la dotation globale. Ce modèle est critiqué à l'intérieur-même du groupe puisqu'il suppose que tous les secteurs bénéficient des mêmes structures. Or, ce n'est pas le cas, et du type de structures extrahospitalières à disposition dépend souvent la durée et le déroulement de l'hospitalisation. Deuxièmement, ce système laisse de côté la question des pathologies et la description des personnes soignées et ne s'apparente donc pas à un système d'*information médicalisée*[1].

[1] Notons cependant que ce modèle sera choisi pour le financement des établissements privés en psychiatrie. On date les débuts de la production de cette réforme à la fin de l'année 1992 lorsqu'un « Groupe Privé » se met en place. Une expérimentation du PMSI-psy est lancée en 1993 dans les cliniques privées mais les résultats en termes d'explication des variations des coûts sont insatisfaisants.

4) Un modèle épidémiologique à partir de l'état de santé de la population du territoire (1 projet)

Le « modèle épidémiologique » visant à distribuer des budgets en fonction de l'état de santé général d'une population donnée n'est pas retenu. C'est celui qui s'approche le plus du système à la dotation globale en y ajoutant une part évolutive en fonction de l'évolution de l'état de santé de la population. Ce projet n'est pas retenu, pourtant dans les projets de réforme suivants, la dimension populationnelle est privilégiée (voir section C).

Ces projets servent d'impulsion au groupe pour réfléchir à un système satisfaisant permettant d'une part de décrire l'activité des équipes hospitalières d'une manière cohérente avec la pratique clinique, et d'autre part d'expliquer le volume de ressources utilisées. Certains sont expérimentés dans des établissements suffisamment dotés au cours de l'année 1991, mais les réunions du groupe servent davantage à mettre au point un système *ad hoc*.

À partir d'une revue de la littérature étrangère et des projets déposés par les établissements, les rapporteurs décrivent trois grandes manières « *envisageables pour déterminer un lien satisfaisant entre allocation de ressources et activité des structures psychiatriques* » (p.5). La *capitation* permettrait un financement par patient, en fonction d'un indice de gravité ou de dépendance (modèle 1). Les *groupes homogènes de secteur* pourraient être établis afin d'affiner la répartition des budgets par dotation globale, en fonction des prestations qu'ils offrent (modèle 3). C'est une troisième option, celle des *groupes « iso-ressources »* qui est finalement sélectionnée par les rapporteurs, qui correspond dans les grandes lignes à quelques projets du modèle 1.

Cette méthode puise ses origines dans le modèle américain des *Resource Utilizations Groups* (RUG). Développés en même temps que les *Diagnosis Related Groups*, les RUGs s'appliquent au cadre du long-séjour et particulièrement à la prise en charge de la perte d'autonomie liée à l'âge (Fries et Cooney, 1985). Les RUGs relèvent d'une classification simple (initialement 7 puis 9, et aujourd'hui 44 catégories) construite à partir de l'évaluation du « besoin de soin » (*care needs*) effectuée par une infirmière[1] (Mitty, 1988). Un groupe iso-

[1] La cotation de la dépendance et du besoin de soins est effectuée par une infirmière à la différence des diagnostics des DRG / GHM qui sont définis par le médecin. Cette primauté aux infirmiers s'expliquent par la structure du travail de soins aux États-Unis ainsi que par le fait que les RUGs s'appliquent en premier lieu aux maisons de retraite (*nursing homes*) où le temps médical est réduit. Cela permet de mieux connaître l'activité infirmière dans les lieux de prise en charge et d'hébergement. Le groupe professionnel des infirmiers est inséré par ce biais dans les outils de gestion afin d'être sensibilisés à la question de l'efficience. Dans les discussions au sein du groupe visant à importer le système des RUGs

consommateur ou iso-ressource rassemble des patients répondant à des caractéristiques hétérogènes par ailleurs (notamment du point de vue du diagnostic), mais dont les soins réclament des ressources équivalentes. En se plaçant du côté de la consommation en soins, plutôt que de celui des pratiques, cette solution permet de tenir compte de la diversité des pratiques et des appartenances théoriques des psychiatres tout en évitant au groupe de devenir l'arène de cette controverse : « *Le résultat attendu doit permettre de doter les tutelles et les hôpitaux des meilleurs outils de gestion possibles, doit autoriser le développement des études épidémiologiques et favoriser l'évaluation des résultats des soins. Et bien sûr, il conviendra que la communauté médicale, quelle que soit la diversité de ses théories ou de ses pratiques trouve acceptable la formule chargée de décrire les activités soignantes des secteurs et les malades traités.* » (extrait du rapport de 1992).

La pierre angulaire de la réflexion analytique, quelque soit le modèle choisi d'ailleurs, repose sur la détention de données fiables sur l'activité. Le groupe propose d'homogénéiser le recueil de données aux différents sites pilotes à travers le remplissage plus systématique et exhaustif des Fiches par Patient (FPP). Créée en 1986 puis généralisée en 1988 sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé, la FPP est requise avant tout pour permettre le suivi d'un même patient dans les différentes structures que compte un même secteur. Elle offre des informations synthétiques sur la pathologie dont souffre un patient donné et la prise en charge dont il bénéficie. Ces informations restent trop lacunaires pour comprendre le contenu précis de la prise en charge (nombre d'entretiens au cours d'hospitalisation, autres démarches thérapeutiques proposées, prescriptions médicamenteuses sont manquants) ou le profil du patient (charge en soins et capacité d'autonomie, présence de comorbidités). La fiche par patient permet en fait de recueillir des données sur les activités des secteurs (nombre de jours d'hospitalisation, nombre d'entretiens effectués en CMP), mais ne permet pas d'observation au niveau micro. La mise en regard du contenu des prises en charge avec l'état clinique du patient demeure alors impossible. Le groupe décide néanmoins de s'inspirer de cet outil en affirmant qu'il permet d'ores et déjà de « *bâtir un système d'attribution de moyens proportionnels au volume d'activité constaté* ».

En proposant de compléter la FPP de quelques items permettant de mieux appréhender l'état du patient et son évolution au cours de la prise en charge ainsi que les interventions qui lui sont proposées, les sites pilotes entendent *« trouver comment des caractéristiques propres*

---

en France, les médecins se positionnent pour une cotation effectue par un médecin ou par une équipe de soins dirigée par un médecin.

aux malades, ou propres aux choix thérapeutiques peuvent être prises en compte dans l'allocation de moyens » (p.12) *via* le système des groupes iso-ressources.

Les incertitudes du groupe dans cette première période de travail de 1990 à 1992 portent sur l'enjeu de *territorialisation* (Miller et Power, 2013) de l'action psychiatrique. Quelle est l'unité de référence, du point de vue des cliniciens, pour décrire la médecine psychiatrique ? Le groupe a exploré différentes solutions découpant l'activité à partir des patients, de la population de référence, des structures et lieux de soins, des types de prise en charge ou encore des résultats thérapeutiques. En choisissant la méthode des groupes iso-ressources, ils choisissent le patient comme unité de référence, mais sans faire peser l'*attribution* (Miller et Power, 2013) sur une classification diagnostique. Ce choix méthodologique les place du côté de l'octroi des moyens, au détriment d'une ressource épidémiologique qui permettrait de décrire finement la population et les pratiques. Cette solution apparaît d'ailleurs redondante ou tributaire d'un raisonnement tautologique puisque les groupes iso-consommateurs rassemblent des patients qui présentent une consommation de soins identiques en ressources.

Le travail au sein du Groupe des 13 a produit une recomposition des intérêts et de l'identité des acteurs (Callon 1986 ; Callon and Rip 1992) et opère un reclassement des priorités : de la recherche d'un mode de description de l'activité de soins en santé mentale pouvant permettre quelques modulations, le groupe est passé à la mise au point d'une solution comptable pour allouer des moyens en fonction de cette activité, dont la description demeure pourtant imparfaite selon le groupe lui-même. Ce passage d'un objectif à l'autre s'explique notamment par les rapports très étroits que le Groupe des 13, et en première ligne son président Alain Lopez, entretient avec la cellule PMSI du ministère. Une « Note méthodologique » rédigée par la cellule PMSI de la direction des hôpitaux en janvier 1992 est ainsi ajoutée en annexe du rapport d'étape de 1992. Elle constitue une véritable feuille de route pour confectionner un système de financement de la psychiatrie.

2) L'extension du PMSI au champ de la psychiatrie. Un enrôlement forcé du Groupe des 13 (1992-1998) ?

Les histoires du PMSI MCO et de son équivalent pour la psychiatrie sont intimement liées par les acteurs de la réforme. Le directeur des hôpitaux, Gérard Vincent, utilise l'accélération des avancées gestionnaires dans le champ MCO pour faire de la cellule PMSI et son administration la locomotive de la réforme en psychiatrie *via* l'enrôlement du groupe de

travail par la note de janvier 1992. La « Note méthodologique », insérée en annexe du rapport, vient clore définitivement la mince ambiguïté et les débats au sein du groupe de travail entre système de description de l'activité clinique et outil de financement en liant les deux objets.

L'intitulé de la note méthodologique est sans ambages : « Extension du champ PMSI à la psychiatrie ». Son préambule fait état de « *l'accélération de la généralisation du PMSI* » et de son « *utilisation effective* » dans les établissements hospitaliers, non seulement pour la gestion interne des informations, mais aussi pour l'allocation des ressources budgétaires. Il en découle alors qu'il est « *urgent de disposer d'outils permettant de décrire la totalité de l'activité hospitalière, non seulement pour le court séjour MCO (champ actuel du PMSI), mais encore pour l'ambulatoire, le moyen et long séjour, et la psychiatrie ; ces différents champs devant être couverts d'ici la fin de l'année 1992.* » La direction des hôpitaux fait donc preuve d'une particulière célérité dans l'appui au projet d'extension du PMSI à la psychiatrie et s'arroge le monopole pour donner forme à l'innovation. Cette note de neuf pages propose un modèle d'allocation des ressources satisfaisant du point de vue du régulateur :

> « S'agissant de l'activité psychiatrique, le travail est déjà engagé, puisque le groupe de travail « PMSI-psychiatrie »[1] est constitué depuis maintenant plus d'un an et devrait pouvoir déboucher sur des propositions concrètes avant la fin 1992. Après une nécessaire période de familiarisation avec la philosophie du PMSI, plusieurs orientations méthodologiques ont été évoquées au sein du groupe, permettant de concilier impératif économique (gestion interne et allocation budgétaire), et suivi plus qualitatif des malades. Une préoccupation permanente des membres du groupe est de pouvoir repérer des constantes dans les protocoles de prise en charge, reliées au tableau médico-social du malade. Il convient au préalable de savoir qualifier les différents types de prestations psychiatriques rendues, puis, dans un second temps, de s'interroger sur la combinaison des différents contacts avec l'institution de chaque type de malade. »

La note évoque à son tour trois méthodes possibles. La première est celle qui est en train d'être mise en place en MCO à partir des Groupes Homogènes de Malades dont le diagnostic serait la variable maîtresse de la classification. La deuxième est l'équivalent de la proposition du Groupe des 13, de construire des groupes iso-consommateurs. Enfin la troisième méthode propose de « *partir du constat des prestations réalisées* » sur le principe du paiement à l'acte en définissant une typologie des prestations. L'orientation ministérielle va du côté d'une méthode mixte entre la deuxième et la troisième proposition en scindant assez drastiquement la

[1] Nous soulignons le glissement sémantique dans le titre du groupe qui est désormais désigné comme le groupe « PMSI-psychiatrie ».

rémunération des hospitalisations complètes (sur le modèle de la deuxième méthode en journées pondérées) et les actes en ambulatoires (sur le modèle de la troisième méthode).

Pour les actes ambulatoires en revanche, les auteurs de la note mettent l'accent sur la difficulté de faire correspondre une « cohérence médicale » avec une « cohérence économique ». « *Il appartiendra alors aux membres du groupe* [des 13], *dans une optique plus qualitative, de décrire des types de patients différents* ». En plus de la description des *types* de patients, elle propose de constituer des Modes de suivis ambulatoires (MSA) gradués qui décrivent des modèles de prises en charge non-hospitalières plus ou moins « renforcées ».

À partir de ce modèle, la cellule PMSI de la Direction des Hôpitaux entend pouvoir analyser de manière globale l'activité dans un établissement afin de comparer les prises en charge mises en œuvre pour des patients comparables (relevant du même *type*) d'un établissement à un autre.

> « L'intérêt fondamental [de l'analyse globale de l'activité] réside dans la comparaison qu'il autorise avec d'autres types d'établissements, et dans le repérage possible d'écarts de prise en charge pour un type de patient donné, par rapport à une tendance généralement observée dans la profession.
>
> On pourra par exemple observer que dans tel établissement, tel type de patient (type 1), généralement pris en charge selon un mode de suivi ambulatoire léger (MSA 1), est systématiquement pris en charge selon un MSA lourd (MSA 3), ou se retrouve fréquemment en hospitalisation complète, et être alors autorisé à en tirer certaines conclusions (notamment budgétaires). Ce type de conclusions n'est bien entendu autorisé que dans la mesure où il existe, dans la profession, une homogénéité importante des pratiques médicales, pour un type de patient donné. »

Malgré la prudence de la note méthodologique (« *que dans la mesure où il existe, dans la profession, une homogénéité importante des pratiques médicales* »), le projet PMSI est annoncé comme levier d'homogénéisation des pratiques – là où le Groupe des 13 se voulait plus prudent, en refusant de devenir l'arène de la controverse autour de la normalisation des pratiques en psychiatrie. Alain Lopez devient en 1992 le promoteur du projet PMSI de la cellule du ministère en le portant au sein du Groupe des 13 d'abord, et en le faisant circuler dans d'autres lieux professionnels aussi. L'extrait suivant est tiré d'une intervention dans un établissement de l'Est de la France, en juin 1992.

> « La préoccupation est ici principalement gestionnaire. Le crime est donc avoué. Il ne sera pas, c'est certain, pardonné par tous. [...] Souvent sont opposés d'un côté la préoccupation gestionnaire uniquement soucieuse d'économie et de l'autre la préoccupation médicale intéressée au seul bien-être du malade. Cherchez le méchant. Alors pour tenter quand même le pardon, il peut être défendu qu'une préoccupation principale n'est pas exclusive »

> Extrait de l'intervention d'Alain Lopez dans un établissement hospitalier, juin 1992

Par rapport à la circulaire d'avril 1990 ou même au rapport de janvier 1992, le ton a changé. Il est plus assumé : il s'agit de doter l'État d'un outil de gestion économique, dont il est encore possible qu'il convienne également aux médecins. C'est sans cacher l'initiateur de la solution retenue, la cellule PMSI de la Direction des Hôpitaux, que le rapport de 1994 présente finalement la démarche retenue.

> « Ce modèle propose de chercher à être prédictif d'une consommation en soins, en fonction des caractéristiques médico-sociales du patient, modalité de soins par modalité de soins. [...]
>
> Alors pour la modalité de soins considérée, la rémunération se ferait à la journée pondérée. Selon l'état de santé du patient susceptible d'entraîner une forte ou une faible consommation de soins, le poids économique de la prestation-journée ne serait pas toujours le même.
>
> Une expérimentation est nécessaire pour déterminer les types de journées différents en hospitalisation temps plein et éventuellement d'autres modalités de soins. Cette expérimentation permettra d'établir une échelle de poids économique relatif entre ces types de journées. En routine, quand ce système sera utilisé pour évaluer la dotation des établissements, un enregistrement des caractéristiques du patient chaque début de semaine par exemple, permettra pour un malade donné de pointer dans une catégorie tarifaire pour la semaine à venir. Il ne sera pas alors nécessaire, en routine, de noter les actes réalisés pendant les journées d'hospitalisation. Cette recherche sera donc conduite pour toutes les modalités des soins où une rémunération forfaitaire à la journée peut être envisagée. [...]
>
> Pour les domaines d'activité d'un secteur où un tel mécanisme de financement à la journée pondérée ne serait pas possible, ce que l'expérimentation nous dira, un simple descriptif des actes [...] sera retenu. »

Ce modèle est qualifié de « mixte ». Il serait en partie *descriptif* et il suffirait de coder des actes auxquels seraient affectés des poids économiques et permettrait ainsi de décrire l'activité d'un secteur. Il est, d'après les auteurs du rapport, *« très peu normatif »* puisqu'il permet « *la reconnaissance de l'ensemble des activités d'un secteur* ». Les rapporteurs prévoient toutefois que certaines activités pourraient être valorisées du point de vue de leur poids économique afin d'encourager leur développement. Autrement dit, l'instrument ne serait pas normatif en lui-même, mais permettrait néanmoins d'y attacher une politique d'organisation des soins.

En ce sens, les rédacteurs du rapport précisent que la mission du groupe était la recherche des unités de paiements, et non celle de la définition des prix ou poids économiques qui sont affectés aux différentes unités : « *Ce groupe de travail n'est pas chargé d'établir une*

tarification, mais d'étudier un mode d'allocation ». Il s'agit également de tracer les contours des missions du Groupe des 13 d'un côté et des administrations d'État de l'autre. Pour reprendre les termes de Peter Miller et Michael Power (2013) ils acceptent d'effectuer la *territorialisation* de l'activité psychiatrique sans prendre en charge l'*attribution*. Mais peut-on découpler une réflexion sur l'outil de la décision sur le montant financier qui sera distribué à travers lui ? La question du prix attribué à chaque type de prestation par type de patient est essentielle pour les professionnels pour évaluer les effets de l'évolution du système de financement sur les pratiques. Les professionnels de la psychiatrie, soucieux de conserver les ressources qu'ils détiennent, redoutent que le passage à un nouveau système de financement ne conduise à diminuer le montant de leur allocation.

Au fil des mois, le Groupe des 13 s'est étoffé en incluant de nouveaux membres, principalement des directeurs d'hôpitaux et des psychiatres issus du secteur privé[1]. Ceux-ci sont plutôt considérés comme des membres « observateurs » de leurs travaux. À l'intérieur du groupe les positions varient sur les formes que devrait prendre la réforme. Deux groupes techniques sont constitués et mis en concurrence pour tester les deux hypothèses de travail : le groupe technique n°1 est chargé de développer un catalogue des critères définissant les hospitalisations et un catalogue des actes ambulatoires et le groupe technique n°2 s'engage à travailler à la modélisation de trajectoires de soins sur la base des données constituées sur les FPP.

Le travail du groupe technique n°2 se révèle infructueux. Les membres du groupe n°2 ont entrepris de démontrer un lien entre les caractéristiques médico-sociales des patients et les prises en charge dont ils bénéficient. Ils souhaitaient à partir de ce travail aboutir à la constitution de « groupes homogènes de trajectoires » qui ne seraient pas uniquement liés au diagnostic, mais bien à des types de prise en charge qui se ressemblent. Une des difficultés majeures de cette méthodologie se trouve dans le jeune âge des bases de données alors que les prises en charge en psychiatrie n'ont un sens que prises dans le temps long de plusieurs années. Cet échec marque également le déficit de conventions relatives aux pratiques en psychiatrie. Au-delà de la faiblesse prédictive du diagnostic en psychiatrie, la variabilité forte d'un secteur à l'autre des ressources disponibles pour soigner les personnes explique également que la

[1] En 1993, une première expérimentation d'un PMSI adaptée à la psychiatrie avait été menée dans des cliniques privées. Cette expérimentation s'est soldée rapidement par un échec quant à la mise en évidence de critères permettant d'expliquer la variation des coûts.

comparaison des prises en charge soit particulièrement difficile. Cette recherche débouche sur un échec.

Le groupe n°1 parvient en revanche à mettre au point un modèle en élaborant trois classifications médico-économiques distinctes : les hospitalisations à temps plein, les hospitalisations à temps partiel, et les actes ambulatoires. Une première phase d'expérimentation pendant les deux premières semaines de décembre de l'année 1996 sur six secteurs adultes et six secteurs enfants constitue un pré-test de l'outil. Fin 1997 et début 1998 le même genre de test a été mené avec une dimension nationale. Elle se déroule sur une durée de quatre semaines et concernent les données relatives à près de 39 000 patients dont 20% ont été hospitalisés, pris en charge dans 22 sites différents. Un grand nombre de variables testées lors de ces phases se révèlent inutiles dans l'explication du coût des journées de prise en charge selon le groupe technique, et la proposition finale n'en retient qu'un faible nombre. Cette première expérimentation donne lieu à la construction de trois classifications médico-économiques. La cellule PMSI du ministère souhaite alors rapidement étendre l'échelle de l'expérimentation.

B. Le péril expérimental ou la structuration conjointe de l'instrument et de ses controverses (2000-2005)

Gouverner l'innovation s'apparente au début des années 2000 à la gestion de son calendrier. L'objet technique est alors quasi constitué (le PMSI psychiatrie et ses classifications médico-économiques résultant des expérimentations de 1997-1998). En inscrivant les objectifs temporels dans des instruments normatifs plus ou moins contraignants (arrêtés, circulaires, rapports, etc.), les promoteurs publics de la réforme tentent de forcer la mise en ordre du monde selon leur vision.

La cellule PMSI entreprend de mettre en œuvre la généralisation, constituant une *confrontation de l'objet technique* dans le but de le *réaliser* (Akrich, 1987). « *L'expérimentation répond à un souci de légitimité. Elle pare l'argument d'infaisabilité (coût, manque de moyens) ou les oppositions de principe en montrant la pertinence d'un dispositif par la pratique et au travers d'une évaluation* » (Vigour, 2018, p. 171). Toutefois, si là est l'objectif de la direction des Hôpitaux, notre cas offre un contre-exemple intéressant. Bien loin de permettre une *légitimation* de l'outil, l'expérimentation des années 2000 (sa préparation et

sa mise en œuvre) est l'occasion d'une circulation accrue de l'outil qui a pour effet d'élargir la controverse et les acteurs qui y prennent part. L'amplification des critiques, à la fois en nombre et en intensité, s'explique de deux manières liées entre elles : une meilleure connaissance de l'outil permise justement par les phases d'expérimentations et une structuration du champ de contestation à laquelle l'outil a lui-même participé. En d'autres termes, en faisant circuler l'outil à travers les phases d'expérimentation, la cellule PMSI a mis en place les conditions de la contestation plutôt qu'elle n'a permis d'étendre le réseau d'alliances sociotechniques.

1) Tentative de généralisation du recueil PMSI

La tentative de constitution d'un outil de recueil et de description de l'activité est promue par d'autres acteurs publics qui valorisent un déploiement isomorphique des outils de gestion de l'activité, dans la mesure où le PMSI fournit des données sur les autres domaines hospitaliers. Le rapport annuel de la Cour des comptes pour l'année 2000 ouvre le chapitre sur l'organisation des soins psychiatriques en affirmant « *L'organisation des soins psychiatriques souffre d'un manque de pilotage au niveau national* » (p. 410). Parmi les causes supposées de ce faible pilotage, la Cour des comptes met en cause « *les insuffisances du système d'information* » (p. 413).

> « Pour être pertinente, la planification des équipements doit pouvoir s'appuyer sur une évaluation des moyens et des activités existants, ainsi que sur l'état médical de la population. Or, le dispositif de connaissance de l'organisation des soins psychiatriques repose sur diverses sources statistiques qui ne sont pas complémentaires et ne permettent pas de couvrir finement le champ de l'offre de soins dans ce domaine. (…) La Cour prend acte des travaux en cours au sein des directions compétentes du ministère de l'emploi et de la solidarité pour, notamment, améliorer le système d'information et d'évaluation et suivre la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire psychiatrique. Elle souhaite que ces travaux débouchent sur des progrès rapides dans l'organisation » (p. 413-429)

Dans sa réponse à la Cour des comptes, le ministère envisage que les données issues du PMSI-psychiatrie pourront être exploitées à partir de l'année 2001. Au moment où paraît le rapport, le ministère de la Santé dirigé par Martine Aubry vient d'engager une expérimentation élargie du PMSI par une circulaire publié le 3 mai 2000 par son Directeur des Hôpitaux, Édouard Couty. La circulaire *relative à la réalisation d'une enquête préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie* est envoyée aux directeurs d'établissement ayant une activité en psychiatrie ainsi qu'aux directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées en 1996. Elle rappelle les « *principes généraux d'élaboration de la classification médico-économique en psychiatrie* » et précise les « adaptations » qui ont été faites du modèle.

Cette classification distingue dans un premier temps l'hospitalisation complète des autres modalités ambulatoire ou hospitalisation partielle. Pour respecter son objectif de permettre des études épidémiologiques, elle conserve une approche « par patient », par opposition à une mesure de l'évaluation globale de l'activité du point de vue des professionnels. Pour décrire le patient, elle propose une « *démarche en deux temps* » : « *Aucune méthode statistique de classification ne permettant d'assurer simultanément l'homogénéité économique et l'homogénéité clinique des groupes, il a été choisi d'adopter* ***une démarche en deux temps****, à l'instar de la classification des GHM en MCO, d'abord en construisant à dire d'experts* ***des catégories majeures diagnostiques*** *ou CMD* […] *et ensuite en constituant par analyse statistique des groupes* ***homogènes du point de vue de la consommation de ressources*** ».

Là où le diagnostic constitue dans le système applicable à la MCO la variable principale de l'affectation du coût (corrigée de critères de comorbidité et de gravité notamment), l'outil pour la psychiatrie couple l'approche par diagnostic (12 catégories diagnostiques sont mises au point), non à celle des types de soins, mais à la « consommation de ressources » renvoyant à la « lourdeur » du cas clinique. Pour déterminer le « poids » de la consommation de ressources dans chaque diagnostic, des variables ont été déterminées par mesure statistique comme étant les plus explicatives des variances constatées en consommation de soins, selon l'ordre suivant :

1. L'âge (partition selon trois groupes : - de 12 ans, 12 à 19 ans, + de 19 ans) ;
2. L'isolement thérapeutique (oui/non) ;
3. La pathologie somatique lourde (oui/non) ;
4. L'ancienneté dans le séjour (trois mois ou six mois) ;
5. La CMD et les sous-groupes psychiatriques[1] ;
6. L'échelle globale de fonctionnement (EGF) ;
7. La dépendance physique

Les variables 5, 6 et 7 sont basées sur des classifications qui ont été construites pour le recueil ou bien reprises à partir d'échelles existantes. Les codes diagnostics sont issus des grandes classifications de la 10e Classification Internationale des Maladies (CIM-10)[2].

[1] La classification a mis au point 12 CMD principales, chacune subdivisée en deux à six sous-groupes.

[2] La CIM est publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle classifie une très grande variété de symptômes, syndromes et pathologies. Véritable outil de santé publique pour l'OMS, le degré de précision dans la description des pathologies dépend de leur fréquence. Depuis 2006, elle contient 22 chapitres qui se distinguent par la première lettre du code de la maladie. La lettre F est affectée aux troubles mentaux et du comportement.

L'échelle globale de fonctionnement (EGF) correspond à un axe du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Elle constitue un « jugement » sur le niveau de fonctionnement « psychologique, social et professionnel » exprimé par une note allant de 1 à 100. Les débats en cours sur le DSM en France (Minard, 2004, 2013) expliquent en partie les résistances initiales à cet outil. Enfin la dépendance physique est cotée par un score agrégeant quatre domaines de dépendance : alimentation, habillage (et toilette), déplacement et continence. Ces trois échelles sont fortement critiquées par les professionnels. L'évaluation des patients selon ces trois critères, pour qu'elle soit satisfaisante serait très chronophage, d'autant plus qu'elle doit être effectuée de façon hebdomadaire.

Ce déplacement répond pourtant à un enseignement tiré de l'expérience clinique des professionnels selon lequel des phases très distinctes peuvent se suivre au cours d'un même séjour, pendant lesquelles le patient a besoin de plus ou moins d'attention et consomme plus ou moins de ressources. C'est même l'enjeu même du séjour hospitalier en psychiatrie que d'améliorer l'état clinique du patient progressivement, même si ce chemin est souvent ponctué de moments de « crise » qui peuvent modifier la stratégie thérapeutique et le cours de chemin thérapeutique (voir Berenguer, 2018). « *Le séjour d'un patient est ainsi une succession d'épisodes de sept jours : un même patient est comptabilisé autant de fois que de semaines au cours desquelles il est observé, ses caractéristiques pouvant varier d'une semaine à l'autre* ». La rupture avec la logique d'homogénéité du séjour obtenue par le groupe de travail conduit à la confection de groupes homogènes de journées (GHJ).

Dans l'ensemble, ce projet d'expérimentation apparaît semblable à la proposition fournie par le groupe technique n°1 en 1998. Il propose toutefois un déplacement important : le groupe proposait initialement une dizaine de catégories, alors que la circulaire détermine 237 groupes homogènes de journées (GHJ). La recherche du compromis entre validité économique et subtilité clinique conduit à la mise au point d'un outil peu maniable pour les professionnels.

Cette circulaire définit enfin un calendrier : le ministère projette que le recueil standard d'informations soit installé à partir de juillet 2001 dans tous les établissements, publics et privés, ayant une activité en psychiatrie. Mais la structuration de la mobilisation des professionnels de la psychiatrie met à mal le projet de l'administration.

2) Les formes originales de la mobilisation collective contre l'outil PMSI : substituer une expérimentation à une autre

Au début des années 1990, quelques publications professionnelles sont consacrées à ce changement en cours dont la plupart critique radicalement la « pensée » qui serait déterminée par l'informatisation des systèmes d'information au sein des hôpitaux. Les auteurs se placent en opposition absolue à l'évaluation des pratiques que cela suppose et donc à la rationalisation et l'homogénéisation qui l'accompagneront nécessairement. Toutefois, ces prises de position sont plutôt individuelles et on peine à trouver dans les revues professionnelles des traces de mobilisations collectives sur ce sujet. À partir des années 2000, les premières phases d'expérimentations de la mouture psychiatrique du PMSI sont l'occasion d'une amplification de la controverse notamment à travers une collectivisation des prises de position.

Un Comité d'Action Syndicale de Psychiatrie (CASP), dont il a été question dans le chapitre II, est constitué à cette occasion, rassemblant plusieurs syndicats de psychiatrie et publie un communiqué mars 2001 dans lequel il développe une série d'arguments contestant le PMSI qui s'ajoutent aux limites inhérentes à l'outil déjà pointées par la circulaire de 2000. Le premier volet d'argument concerne les effets propres de la mise en œuvre, le second renvoie aux difficultés de mise en œuvre. Le PMSI aurait pour effet de fixer et amplifier les inégalités de ressources entre établissements. Les services déjà peu dotés auront des difficultés à développer des activités rémunératrices à partir de moyens déjà faibles ; alors que les services les plus dotés pourront profiter de l'opportunité pour développer des actes et des séjours rémunérateurs et ainsi accroître leurs ressources. Beaucoup d'établissements souffrent encore de fortes carences en équipement et en compétences informatiques, et l'administration n'a pas donné suffisamment de gages pour rassurer les organisations syndicales quant un rattrapage effectif. Les établissements matériellement incapables de coder leur activité se trouveraient alors encore plus désavantagés. Le communiqué propose enfin de substituer le principe de la généralisation à une expérimentation sur quelques régions et de différer ainsi la mise en place.

Le 5 juin 2001, le CASP en appelle à une « grève des données » à partir de septembre en l'absence d'une réponse satisfaisante. Ce positionnement strict débouche sur une rencontre avec la Direction des Hôpitaux au ministère à l'issue de laquelle les groupes syndicaux obtiennent du ministère le principe d'une expérimentation, au détriment de la généralisation de l'outil à tous les établissements.

> « C'est grâce aux représentants syndicaux du SPH, et particulièrement Pierre Farragi [psychiatre en Aquitaine], c'est vraiment une proposition de l'Aquitaine, qu'on a

> réussi à arracher au ministère, le principe d'une expérimentation sur 4 régions. On leur a dit : si ça fonctionne, alors ok, on fait ça (mais on savait que c'était impossible) ; et sinon on reprend les travaux de zéro »
>
> Dr Blond-Aubur, psychiatre en Aquitaine, novembre 2015

Dr Blond-Aubur était une jeune psychiatre en poste à Cadillac au début des années 1990 et elle s'intéressait déjà à la production des chiffres sur la psychiatrie au sein d'un petit groupe de psychiatres et épidémiologistes du sud-ouest. Les critiques des professionnels « *concernent tant l'instrument que les intentions du* (régulateur)*, comme deux faces d'un même projet politique* » (Rhenter, 2004, p. 395). Comme le souligne Dr Blond-Aubur, l'instrument est mauvais en lui-même et ne permettra pas de lier activité et coût de revient. Les réticences vis-à-vis du projet touchent à la crainte des psychiatres de voir non seulement les allocations diminuer, mais également les spécificités du soin psychiatrique dissoutes dans l'instrument gestionnaire.

> « C'était extraordinaire. Tous les professionnels de la psychiatrie tiraient à boulets rouges sur cette expérimentation, considérant qu'on voulait transformer et réduire tout ce qui était particulier dans la personne en la réduisant à une série de chiffres et de données et de critères tout ça avec le sombre projet qui était de réduire les moyens de la psychiatrie. »
>
> Alain Lopez, ancien président du Groupe des 13, IGAS, Novembre 2015

La stratégie du CASP visait explicitement à gagner du temps, permettant de mieux structurer les mobilisations. Elle permettait de réorganiser le calendrier du déploiement de l'outil et donc la mise en œuvre elle-même. Ce déploiement ciblé sur quelques régions visait ensuite la possibilité de sélectionner parmi elles les espaces professionnels où les résistances à l'outil s'étaient déjà exprimées. L'Aquitaine alors très engagée ainsi que la région Rhône-Alpes, dont plusieurs établissements avaient été choisis pour tester les classifications en 1997-1998, sont sélectionnées conjointement par le CASP et le ministère pour participer à l'expérimentation.

À la même période le rapport dit « Piel-Roelandt » (voir Chapitre II) est déposé le 1er juillet 2001. Il fait état de la piètre construction de l'objet gestionnaire et insiste sur les retards successifs, liés aux incertitudes qui pèsent toujours sur celui-ci.

> « Plusieurs groupes de travail coordonnés par la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins tentent depuis bientôt dix ans, d'élaborer un programme de médicalisation du système d'information (PMSI) adapté à l'activité des services de psychiatrie. Les échéances de test et de mise en application sont sans cesse repoussées, les

> concepteurs eux-mêmes doutant de la pertinence de l'outil qu'ils continuent pourtant de développer.
>
> On peut s'inquiéter des carences massives du plan de communication qui accompagne actuellement la mise en œuvre de ce PMSI-Psy qui est chargé d'autant de fantasmes qu'il est obscur, centré sur l'hospitalisation temps plein, beaucoup trop bureaucratique dans sa mise en acte, favorisant et renforçant les réponses hospitalières, au détriment du travail en réseau et n'évaluant pas l'offre de soin associative et "libérale". [...]
>
> Au-delà d'un classement des établissements " chers et pas chers ", les informations recueillies par le PMSI-Psy permettront au mieux de mettre en évidence le fait que les prises en charge sont très différentes, pour des patients aux caractéristiques semblables. Mais ces résultats ne sont-ils pas déjà connus ? En effet, on sait déjà que, selon les secteurs, des patients sont en hospitalisation complète, d'autres en hôpital de jour, quasiment à temps plein, d'autres en hôpital de jour séquentiel, en CMP prolongé, d'autres dans le secteur médico-social, et les psychiatres avouent que "ce sont les mêmes". Le PMSI va donc dire que ces "mêmes" patients sont tantôt ici et tantôt là, selon les services et les secteurs. On peut à juste titre se demander si la montagne ne va pas accoucher d'une souris.
>
> Il faudra obligatoirement passer par un outil pertinent d'évaluation des pratiques des STP (Service Territorial de Psychiatrie) et RTSM (Réseau Territorial de Santé Mentale). Cet outil devra être basé sur le dossier du patient qui doit recueillir l'ensemble des actes de soin le concernant. »
>
> (Extraits du rapport Piel-Roelandt, 2001)

On voit à travers cette analyse virulente du processus réformateur faite par les auteurs du rapport une défiance opposée aux pouvoirs publics quant à leur capacité à inventer un outil pertinent, qui réponde à des besoins en informations, et qui soit mis en place dans des délais cohérents. Également, la dernière phrase fait apparaître leur prise de position pour une évaluation interne des pratiques de soins. En proposant que les évaluations soient opérées à partir du dossier-patient, les auteurs du rapport désignent implicitement les médecins comme seuls évaluateurs possibles, du fait du secret médical. C'est ce que prévoit également la 7ème proposition en fin de rapport : « *Engager la réflexion et la concertation sur un PMSI-Psy repensé et dont l'objectif principal ne soit pas que gestionnaire* ».

Enfin, nous trouvons la trace d'une autre forme de contestation dans un numéro de la lettre grise du groupe Pénombre[1] paru en 2001. Elle entend valoriser trois années de discussions

[1] Sur son site internet (http://www.penombre.org/), l'association se présente comme suit : « *L'association Pénombre offre un espace de réflexions et d'échanges sur l'usage du nombre dans le débat public. L'attention se porte sur la qualité des informations chiffrées et les enjeux de l'usage qui en est fait. Pénombre cherche à relier les questions de méthode et de présentation, le pain quotidien des producteurs de données, avec les enjeux politiques et sociaux du recours à l'information chiffrée, qui concernent les « utilisateurs » de chiffres. Il s'agit d'alerter sur des difficultés méconnues, voire des contresens. D'un domaine à un autre, les mêmes constats, les mêmes interrogations permettent des échanges fructueux. On n'a pas toujours la solution, mais on se sent moins seul. Fondée en juin 1993,*

sur l'usage des statistiques en psychiatrie et rassemble une série de contributions exprimées sous la forme d'une tragédie grecque dont le héros est nommé « Péhaimécy Roi ». Les auteurs de la lettre ne comptent pas d'acteurs directement impliqués dans les travaux des années 1990. Mis à part Bernard Odier qui depuis est devenu chef de service à la singulière Association de Santé mentale du 13e arrondissement (voir Henckes, 2005) et président de la Fédération française de psychiatrie[1] de 2015 à 2017, les auteurs sont principalement de jeunes psychiatres de secteur peu connus. Bien qu'elle porte des critiques particulièrement acerbes, cette lettre n'a pas d'effet sur la suite des décisions prises par le ministère, mais permet d'illustrer cette structuration rapide des contestations, en même temps que leur objet.

Ces contestations progressivement structurées, émanant de figures plus ou moins centrales dans le champ de la psychiatrie, conduisent le directeur des Hôpitaux à procéder à une tentative d'apaisement. Le 13 juillet 2001, alors que le recueil d'informations aurait dû être installé dans *tous* les établissements selon la circulaire de 2000, Édouard Couty envoie une lettre aux directeurs des établissements de santé autorisés en psychiatrie : « *Eu égard aux nombreux débats qui se nouent actuellement autour du PMSI en psychiatrie, je souhaite faire un point sur le contexte de l'extension du dispositif et revenir sur quelques questions techniques relatives à l'outil. Je souhaite également préciser le calendrier ainsi que les conditions de la mise en œuvre du recueil des données PMSI en ce qui concerne, notamment, les mesures d'accompagnement des établissements.* ». Édouard Couty revient presque une à une sur les critiques qui sont adressées à l'outil PMSI et la temporalité dans laquelle il devait être mise en place. D'abord il qualifie les critiques opposées à l'outil comme étant « *d'ordre technique* ». De cette manière il tente de confiner la controverse sur l'outil à la scène technique, retirant la légitimité à des acteurs non-familiarisés aux enjeux « techniques » d'avoir une opinion valable sur celui-ci. La réponse principale à la critique de l'inadaptation des classifications vise alors à expliquer que la généralisation de l'outil « *devrait améliorer la qualité du recueil* » et des données qu'il permet de récolter et participe à construire. Il revient également sur le calendrier de la mise en œuvre en annonçant la date de janvier 2002 pour démarrer le recueil. Il qualifie l'expérimentation de « *démarrage (…) sur un mode expérimental* » et de « *première étape* ». Le recueil sera déployé dans tous les établissements autorisés en psychiatrie des régions

Pénombre regroupe à ce jour environ trois cents adhérents de compétences professionnelles très diverses ayant en commun le souci d'améliorer le débat démocratique par une utilisation raisonnée du nombre. » Alain Desrosières était membre de l'association.

[1] La Fédération française de psychiatrie est fondée en 1992 et rassemble les 5 syndicats de psychiatres les plus importants et 33 sociétés savantes en psychiatrie.

Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes et La Réunion, ainsi que dans tous les établissements volontaires. Enfin, la lettre aux directeurs d'établissement annonce que les données ne seront pas transmises aux tutelles ARH, comme prévu initialement, mais à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, très récemment créée.

Encadré : L'ATIH, vers l'autonomisation de l'expertise médico-économique ?

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation est créée par le décret du 26 décembre 2000. Son siège social est à Lyon et elle dispose d'une antenne à Paris. Elle est issue de la fusion de plusieurs organisations dont la mission PMSI, jusqu'alors interne au ministère de la Santé[1]. Elle emploie principalement des médecins de santé publique, des statisticiens et des contrôleurs de gestion.

Elle est initialement chargée de mettre en place le PMSI dans les hôpitaux généraux, puis en psychiatrie. À compter de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, lui est confiée la tâche de procéder au financement des structures hospitalières (elle ne finance pas, mais centralise la facturation). Elle mène des enquêtes nationales de coût (ENC) en routine afin de mettre à jour les tarifs hospitaliers. Depuis 2014, il est également attendu qu'elle participe à la production et la diffusion de données hospitalières utiles pour construire la stratégie de santé hospitalière. Plus récemment elle participe aux projet d'ouverture des données publiques de santé.

L'analyse de cette période cruciale des années 2000 et 2001 nous conduit à faire le constat d'un usage stratégique de la ressource temporelle par les acteurs. Le ministère est pressé de mettre en œuvre un système de recueil de l'activité pour plusieurs raisons. D'abord, du point de vue symbolique il en va de sa crédibilité que d'être capable d'imposer un outil aux professionnels qu'il gouverne. Ensuite, il est pris dans un enjeu isomorphique majeur puisque le PMSI dans le domaine MCO, mis en place depuis plusieurs années et qui donnera bientôt lieu à tarification, se constitue alors comme un « mythe rationnel » (Meyer et Rowan, 1977) du point de vue de l'administration centrale. Enfin, nous l'avons illustré avec le rapport de la Cour des comptes de l'année 2000, le contexte d'évolution des politiques de santé depuis une vingtaine d'années (égalité de traitement entre les établissements, évaluation des pratiques, qualité, contractualisation, pilotage et gouvernance) valorise les domaines d'exercice dans lesquels des données sont disponibles. De l'autre côté, les professionnels redoutent la diminution des moyens, la surcharge de travail que représente le codage et surtout le mécanisme d'homogénéisation des prises en charge.

[1] Au ministère se constitue dès lors un bureau *des systèmes d'information hospitalier et du programme médicalisé des systèmes d'information*, aujourd'hui *système d'information des acteurs de l'offre de soins.* Ce bureau est chargé des relations avec les établissements et avec l'ATIH.

En 2001, Elisabeth Guigou est ministre de l'Emploi et des Solidarités et Bernard Kouchner est ministre délégué à la santé. Ils sont tous les deux signataires (et non plus le Directeur des Hôpitaux) de la circulaire du 19 décembre *relative à la mise en œuvre du PMSI-psychiatrie à titre expérimental* dont tous les établissements ayant une activité en psychiatrie sont récipiendaires – et non uniquement ceux participant à l'expérimentation. Elle décrit les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation ainsi que ses objectifs. Elle vise « *la validation de la classification des groupes homogènes de journées (GHJ) et des groupes homogènes d'actes (GHA)* » ainsi que la « *préparation de l'échelle de pondération des GHJ et des GHA* ». Le nombre de GHJ est à peine réduit de 237 à 218 groupes. Le principe issu de la circulaire de 2000 est conservé : si certaines informations demeurent stables au cours du séjour, d'autres qui concernent notamment l'état du patient peuvent être modifiées à un rythme hebdomadaire. La circulaire précise enfin les modalités de formation de formateurs, les crédits financiers distribués aux établissements pour (inciter à) la participation. Elle valide également le principe de remontée des données vers l'ATIH au détriment des ARH. Outre ces éléments déjà connus présentés un an plus tôt, deux points attirent particulièrement notre attention dans ce document. Il s'agit d'une part de la mention d'autres classifications qui pourraient être testées, et d'autre part de l'annonce d'un nouveau calendrier pour la mise en œuvre : « *L'utilisation du PMSI à des fins d'allocation des ressources devrait être possible pour la campagne budgétaire 2007 (automne 2006)* ».

Le ministère propose aux établissements volontaires de travailler au développement d'autres classifications médico-économiques que celles proposées par ce modèle. Pour chapeauter le déroulement du projet expérimental, deux groupes techniques et un comité de suivi sont nommés. Comme en 1995, le groupe technique n°1 est chargé de veiller au travail de solidification de la solution technique promue par le ministère alors que le groupe technique n°2 est chargé de travailler sur l'hypothèse des trajectoires de patients. La composition des deux groupes lors du lancement de l'expérimentation explique que la forme de l'instrument qu'il participe à produire, soit celle choisie par le ministère. Premièrement les acteurs ayant contribué à construire l'outil sont beaucoup plus nombreux (38 sont cités contre 18 seulement pour le groupe technique n°2). Deuxièmement, Alain Lopez est membre du groupe technique n°1 et du comité de suivi du projet. Plusieurs professionnels des groupes techniques ont également leur chaise au comité de suivi, mais l'expérience d'Alain Lopez à la présidence du Groupe des 13 et sa très fine connaissance institutionnelle explique au moins en partie que l'innovation produite par le groupe technique n°1 parvienne plus aisément à davantage de soutien politique.

Au-delà du décalage dans le temps de quelques mois, cette expérimentation n'est pas plus réussie que les précédentes tentatives du ministère. Le groupe technique n°2 travaillant sur les trajectoires n'est pas en mesure de livrer de résultats. L'expérimentation sur les groupes homogènes de journées (GHJ) et groupes homogènes d'actes (GHA) est un échec à l'heure d'analyser les données : le modèle choisi permet d'atteindre un pourcentage de variance expliquée d'environ 10% pour l'hospitalisation. Enfin, les professionnels sont toujours largement en opposition à l'usage du PMSI. Les plaintes des soignants concernant notamment le temps requis pour coder, qui est autant de temps qui n'est pas partagé avec le patient, ainsi que la lenteur et la complexité des logiciels informatiques auxquels est adossé l'outil de recueil. L'assemblée générale des États-Généraux de psychiatrie demande en 2003 le retrait du PMSI (Rhenter, 2004, p. 399-401).

L'expérimentation prend fin en 2005. Selon Alain Lopez, l'expérimentation du début des années 2000 était vouée à l'échec dès le départ, notamment parce qu'une partie seulement des recommandations du Groupe des 13 puis des groupes techniques n'a été suivie. Il estime également que la densification des mobilisations conduit en partie à la fin des expérimentations des années 2000-2005.

> « On n'a pas suivi notre recommandation. Nous on avait prévu de faire que trois ou quatre catégories pour d'abord mettre en place un système d'information qui nous aurait éventuellement permis de progresser dans un deuxième temps. Et puis ils sont partis sur 270 catégories… Alors bon. Donc bien sûr c'était pas adapté donc l'expérimentation a tourné court. (…) Et regardez aujourd'hui [en 2015], il y a toujours pas cet outil [de financement] qui est mis en place vingt après. Et pourquoi y'a pas d'outil mis en place ? Parce que au niveau du ministère pourquoi vous voulez qu'ils affrontent un tel conflit ? Alors franchement : vous avez peur qu'on vous réduise vos moyens ? Vous n'inquiétez pas donc on met fin à l'expérimentation. »
>
> Alain Lopez, ancien président du Groupe des 13, IGAS, novembre 2015

Pendant toute cette période, indépendamment des appartenances partisanes ou des changements de personnel de l'administration, les services du ministère restent attachés au principe d'une tarification à l'activité en psychiatrie, à partir des diagnostics (même pondérés). Didier Guidoni, directeur d'hôpital qui a notamment fait carrière dans les administrations centrales affirme lors d'une présentation d'un nouveau projet de réforme du financement en psychiatrie le 20 septembre 2019, devant les directeurs d'établissements spécialisés en santé mentale : « *J'étais au cabinet au début des années 2000, et j'étais persuadé qu'on ferait de la T2A en psychiatrie. J'y ai cru avec force, que le calcul du coût par séjour nous serait utile et que ce serait l'*alpha *et l'*oméga *de l'organisation. C'est une illusion technicienne* ». Il confirme

en entretien qu'il a fallu plus de quinze ans au ministère de la Santé pour accepter que la réforme n'allait pas se faire et critique *a posteriori* le projet initial porté par les réformateurs : « *Les deux précédentes tentatives ont été des échecs parce qu'on les a présentées sous un angle techniciste. On ne réforme pas en n'expliquant pas le sens de nos actions. Le péché originel, c'était la fascination pour le chiffre, la beauté de l'équation… Un chiffre par pathologie, ça n'a pas de sens pour les professionnels, donc ce n'est pas une réforme de fond.* » (Didier Guidoni, *Task force* financement, octobre 2019).

Le ministère a procédé à une sélection parmi les travaux des groupes de travail qu'il avait lui-même institué. Il a cherché par là à construire un outil qui ne soit pas radicalement différent de l'outil pour le MCO en démultipliant les catégories de la classification et en faisant toujours du diagnostic même simplifié à 18 catégories dans la dernière mouture, une variable centrale. Au sujet de l'expérimentation, Dr Blond-Aubur répète son intime conviction de l'échec assuré du dispositif.

> « On avait prévenu le ministère que c'était impossible. On a été très clairs avec eux dès le début. Mais on a été de bons élèves, et on a essayé. Le diagnostic n'est pas prédictif de la consommation de soins. Pour un patient du même âge, même sexe, même CSP [Classe socioprofessionnelle], et schizophrène pareil, on ne fera pas les mêmes interventions ».
>
> Dr Blond-Aubur, psychiatre en Aquitaine, novembre 2015

Si l'on s'appuie sur les travaux de sociologie et de science politique concernant l'expérimentation, on peut mettre en avant deux caractéristiques principales de cet instrument d'action publique : d'abord elle est le plus souvent très liée au territoire (et plus rarement effectuée au niveau national), ensuite elle vise à *légitimer* une mesure pensée par les pouvoirs publics plutôt qu'à la *tester* véritablement[1]. L'échelle territoriale restreinte choisie pour organiser une expérimentation permet de sélectionner le périmètre et les conditions locales propices aux bons résultats de l'expérimentation. Notre cas nous apparaît particulièrement intéressant au regard de ces conclusions pour au moins deux raisons. Premièrement le principe et les conditions de l'expérimentation ne sont pas définis par le ministère chargé de la santé, mais en grande partie par l'organisation collective des professionnels *via* le CASP. Deuxièmement, bien loin de désamorcer les critiques sur l'outil en démarrant sa mise en œuvre,

[1] Les travaux sur la démocratie participative montrent quant à eux que les délibérations produites par des dispositifs qui relèvent du cadre participatif aboutissent souvent à légitimer démocratiquement une mesure déjà décidée, plutôt qu'à *participer* à la construire (voir par exemple Barrault-Stella, 2012).

l'expérimentation organise les conditions de possibilité d'un élargissement de la mobilisation. Cette expérimentation conduit finalement à *irréaliser* l'objet technique (Akrich, 1987).

Si les concepteurs de l'outil acceptent de mettre fin à l'expérimentation, un recueil d'activité émerge bel et bien à partir de l'année 2007 dans *tous* les établissements. Celui-ci change de nom et apparaît (du moins en surface) comme dé-corrélé de l'enjeu du financement.

C. Concilier l'impératif gestionnaire et les spécificités de la psychiatrie : la Valorisation de l'activité en psychiatre et la mise en place du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (2005-2014)

Pour ouvrir une nouvelle séquence dans les âpres négociations avec les professionnels autour de l'outil de recueil, et alors que les catégories de codage demeurent largement inchangées, les pouvoirs publics substituent le nom de l'outil PMSI-psychiatrie pour celui de Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP). Celui-ci sera généralisé à partir de l'année 2007. Ayant à cœur d'éviter les fiascos précédents, une note à l'attention des ARH et des établissements sur la mise en place du RimP précise (en gras dans le texte) : « *La mise en œuvre du RimP est ainsi une des composantes, importante, mais non exclusive, de la construction du modèle de financement VAP* [Valorisation de l'Activité en Psychiatrie] ». Le ministère profite d'une proposition émanant d'organisations représentatives proposant une ébauche de système de financement pour généraliser l'outil de recueil de l'activité, nécessaire à sa mise en œuvre du modèle.

1) Élaborer un système de financement hybride proposé par les professionnels : la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP)

Parallèlement aux mobilisations collectives critiquant le modèle PMSI proposé par le ministère, plusieurs organisations syndicales et associatives travaillaient de concert à une proposition alternative. Elle ne vise pas directement l'outil de recueil, mais un système de financement de la psychiatrie pluraliste, dont une faible part seulement serait indexée sur l'activité. « *Il s'agit pour eux de concilier les impératifs gestionnaires qui leur sont imposés avec ce qu'ils conçoivent comme les spécificités de la mission du dispositif de soins psychiatriques* » (Eyraud et Velpry, 2011, p. 117).

> « Les cinq organisations fortes de la psychiatrie française sont arrivées à la fin de ce travail technique et il fallait le porter maintenant devant les pouvoirs publics. Il y avait les patients [la FNAPSY], les familles des patients [l'UNAFAM], les directeurs des hôpitaux [l'ADESM], les psychiatres [la Conférence des présidents de CME de CHS], et puis aussi la Fédération hospitalière de France. On a adressé une lettre au ministre pour lui montrer et il a fait une lettre lui en retour demandant à ses services de valider les propositions et d'organiser ça. Donc c'est ce modèle-là qui a été travaillé pendant longtemps, à travers des simulations. Si on met 20% qu'est-ce que ça va faire pour tel hôpital, et celui-ci… »
>
> Yvan Halimi, entretien 2015

Yvan Halimi est psychiatre et président de la Commission des présidents des Conférences médicales d'établissements spécialisés (CME) lorsqu'il est nommé par lettre de mission à la tête du comité de pilotage du projet en 2004. Il affirme que la lettre de mission reprend à l'identique les propositions portées par le groupement d'acteurs suscités autour de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP). La VAP constitue le premier véritable projet de réforme du financement.

> « Moi j'étais là, au ministère, quand ils ont fait le constat d'échec [de l'expérimentation du début des années 2000]. En gros on pouvait aussi bien prédire une prise en charge en fonction du diagnostic que en jetant des dés [rires]. […] Bon, alors on s'est dit : « qu'est-ce qu'on peut faire d'autre ? » […] Avec la psychiatrie, ce qu'il y a de problématique c'est que c'est pas forcément les plus malades qui demandent le plus […] Bon, donc on a fait basculer un peu dans le registre santé publique, c'est de dire que la référence c'est pas l'individu, c'est une population. […] C'est moi qui ai enclenché le travail. On s'est dit que si on ne prend que des actes, par définition on risquait de ne pas prendre les malades les moins rentables et pas ceux ne qui voulaient pas se soigner. Si par exemple par contre je dis que moi par exemple on va me donner les moyens par rapport à la population de Vendée et que je pars à la plage… Je me dis que de toute manière mes moyens tombent. […] Il faut un panaché avec aussi de l'activité. […] On a ciblé à peu près la part à 20% d'activité. »
>
> Yvan Halimi, entretien 2015

La VAP dans le projet original propose quatre compartiments de financement distincts :

1. Le compartiment géopopulationnel renvoie aux missions des équipes de psychiatrie sur un territoire donné. Son montant dépendrait du nombre d'habitants, des autres structures présentes sur le territoire (privées, et également médico-sociales) ainsi que de quelques indicateurs permettant de décrire la population (taux d'incidence de l'alcoolisme ou de suicide pourraient être parmi les indicateurs choisis).

2. Le compartiment de missions d'intérêt général (MIGAC) existant en T2A représente les missions d'enseignement et de recherche ainsi que de veille sanitaire sur un territoire par exemple.
3. Le compartiment activité qui pourra être déterminé à partir des données issues du recueil d'activité.
4. Le compartiment médicaments onéreux.

Les travaux se poursuivent entre 2004 et 2008 pour déterminer le poids et les méthodes de calcul propres à chacun des compartiments, ouvrant de nouvelles controverses, notamment sur la proportion du budget dépendant de l'activité (Odier, 2007). Selon la plupart des professionnels, la part géopopulationnelle doit rester majoritaire au détriment de la part MIGAC qui fait courir le risque d'une hausse importante du travail de demandes de financement spécifiques pour chacune des missions.

À la suite des échecs de l'expérimentation précédente, Xavier Bertrand, ministre chargé de la Santé de 2005 à 2007, voit d'un bon œil que les termes de la controverse soient ainsi modifiés : l'outil de recueil est attaché à un système de financement ; celui-ci n'est plus majoritairement indexé sur l'activité ; enfin il ne s'agit pas d'un projet porté par le ministère, mais développé par les professionnels en concertation également avec les usagers. Rappelons également quelques éléments exposés dans le chapitre II. Le milieu des années 2000 est une période de particulières tensions entre le pouvoir exécutif et les professionnels de la psychiatrie. Une semaine après la parution du décret de mise en œuvre du RimP, Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur dépose un projet de loi « Délinquance et criminalité » qui envisage de réformer les modalités de prise en charge en psychiatrie (voir chapitre II). La stratégie de déplacement de la controverse adoptée par le ministère, sur proposition d'une coalition d'organisations permet ainsi de mettre en place le recueil d'activité lorsque les professionnels de la psychiatrie acceptent de lever la grève des données engagée depuis 2003.

> « En psychiatrie, le projet de valorisation de l'activité en psychiatrie a mobilisé utilement un front de défense de la psychiatrie publique dont les propositions ont été considérées par les pouvoirs publics. L'avenir de la psychiatrie de secteur passe par la poursuite de cette mobilisation et probablement par son élargissement aux témoins de son efficacité. La force de la logique médico-économique à l'œuvre et la puissance du questionnement qui l'accompagne somment les acteurs de la psychiatrie de secteur de redéfinir dans des termes actualisés les principes qui font la cohérence du système de soins qu'ils animent, et de construire des représentations de leur travail et de son utilité aussi convaincantes que possible pour les profanes et les incrédules. De leur succès dépendront également les chances de voir ce type d'organisation des soins se développer dans d'autres registres cliniques, en gérontologie par exemple »

(Odier, 2007)

Les professionnels tentent de constituer la VAP comme un point de passage obligé pour légitimer le recueil de leur activité, comme l'énonce Bernard Odier dans l'article dont l'extrait ci-dessus est tiré. Dans l'objectif d'un mode de financement pluraliste, les professionnels consentent à participer au codage de leur activité. Le ministère délègue à un groupe spécifique du comité de pilotage de la VAP l'élaboration du RimP qui reprend en grande partie les classifications du PMSI-psychiatrie expérimenté au début des années 2000. Le recueil des données *via* le RimP peut donc commencer dès le début de l'année 2007.

2) La mise en œuvre du Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie (RimP) comme coup d'arrêt de la Valorisation à l'activité en psychiatrie (VAP)

Par l'arrêté du 19 juin 2006, le ministère prévoit la mise en œuvre du RimP à compter du 1er janvier 2007. Les agences régionales qui avaient été mises à l'écart des expérimentations précédentes et se trouvent mises à l'écart par la mise en œuvre de la T2A dans les autres champs hospitaliers se voient réattribuées une position intermédiaire entre les établissements et l'ATIH, leur permettant de se constituer des compétences en interne en gestion des données. Le préambule au premier guide méthodologique de codage, signé par le ministre Xavier Betrand rappelle que la mise en œuvre du RimP est explicitement adossée au projet de confection de la VAP.

> « Avec cette publication, la psychiatrie française franchit aujourd'hui une étape décisive. […] Au début de la mise en place du PMSI en 1986, il est apparu comme évident pour tous que les particularités du monde psychiatrique nécessitaient un traitement différencié. Dès cette époque, les psychiatres ont su engager une démarche originale qui aboutit aujourd'hui au Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie, le RimP. […]
>
> Les professionnels et le ministère sont dans l'attente d'un financement rénové de la psychiatrie, la VAP, un modèle pluraliste à plusieurs compartiments, […] Les éléments objectifs fournis par le RimP vont permettre d'asseoir le financement du compartiment relatif à l'activité en hospitalisation et en ambulatoire. »
>
> Extrait du préambule au guide méthodologique de codage du RimP, 2007

La Direction des Hôpitaux dirigée par Annie Podeur et la cellule PMSI du ministère complètent la parution du guide méthodologique par la publication d'une circulaire le 15 mars 2007 *relative à l'avancement de la VAP*. Elle annonce un double objet : « *d'une part, faire un*

point général sur le projet de « valorisation des activités en psychiatrie » (VAP), d'autre part, apporter des précisions complémentaires sur le RimP, recueil d'informations médicalisé en psychiatrie ». Le lien qui existe entre recueil de l'activité et le système de financement promu par les professionnels est ainsi réitéré. La circulaire précise qu'une rétribution financière est prévue pour chaque fiche patient valide transmise aux ARH. Elle annonce qu'une Enquête nationale de coûts (ENC) sera conduite par l'ATIH pour calculer des tarifs comme cela a été le cas pour la T2A en MCO.

Dans les aspects techniques de la mise en œuvre, elle précise que les données sont recueillies au niveau de « l'unité médicale » qui désigne peu ou prou le service. Le découpage d'un établissement, et même d'un secteur de psychiatrie, en une multitude de micro-sites de production des soins pourrait organiser la mise en concurrence non seulement des établissements entre eux, mais également des professionnels entre eux. Pourtant ce découpage, tel qu'il apparaît dans la base de données, reste grossier : « *Les multiples structures extrahospitalières où sont réalisées des interventions de natures diverses, visant à proposer une gestion souple des crises et à rechercher des alternatives à l'hospitalisation, voient leur activité recueillie soit comme une hospitalisation partielle, soit comme des actes ambulatoires qui apparaîtront alors sous la rubrique d'un centre médico-psychologique (CMP)* » (Eyraud et Velpry, 2014, p. 220). En effet, la pluralité des structures n'est pas prise en compte par la base de données qui propose comme uniques lieux de soins en ambulatoire le CMP, le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou « autre lieu de soins ».

À ce stade, le ministère envisage que les professionnels sont favorables à la VAP et qu'ils participeront majoritairement à sa mise en œuvre *via* le codage de leur activité dans le RimP. Toutefois, dans les années 2006 et 2007, la controverse autour des effets pervers de l'instauration de la T2A en MCO commence à émerger. Le premier effet rendu visible dès 2006-2007 est celui de la « convergence tarifaire » qui correspond à la volonté de « commensurabiliser » le secteur privé et le secteur public, c'est-à-dire les rendre comparables (Juven, 2016a, chap. 4, 2016b). Dès la fin des années 1980, les concepteurs et promoteurs de l'outil PMSI ont en effet espéré pouvoir à terme comparer les coûts du public et du privé. Dans une tradition politique qui estime de manière récurrente que le service public est moins efficient économiquement que le secteur privé, il s'agirait d'inciter les établissements publics à rejoindre

un niveau d'utilisation de ressources proche du privé. La Fédération hospitalière de France (FHF) réitère en 2007[1] son opposition, initiée en 2000, à une convergence des tarifs.

La critique de la FHF portant sur les effets pervers causés par la T2A en MCO n'entame pourtant pas sa détermination pour faire aboutir une réforme du système de financement des établissements psychiatriques, pour diminuer les inégalités entre les établissements (elle évoque notamment qu'en 2006 80 % des établissements publics en psychiatrie souffrent d'un déficit). Depuis le début des années 2000 et jusqu'à la fin des années 2010, elle se tient disponible pour participer à des groupes de travail sur la question du financement.

> « C'est un objectif qu'on doit avoir (de réduire les inégalité) bien sûr. Et c'est d'ailleurs pour ça qu'on a demandé la relance de nouveaux modèles tarifaires en psy parce que les inégalités qu'on a atteintes ne sont pas supportables (…) Nous tout ce qu'on demande c'est de relancer la réflexion sur le modèle et sa mise en chantier. Parce que depuis 2006 ou 2008 ça a été mis en jachère cette affaire… Donc ça arrange et ça a arrangé pas mal d'acteurs, très bien, mais ça ne peut pas durer éternellement compte-tenu de l'ampleur des inégalités qu'on constate. (…) ce qu'on sait c'est que les inégalités sont d'un à trois voire un à cinq en termes de moyens. Mais les outils qu'on a sont très frustes…»
>
> Responsable FHF, Novembre 2015

Comment expliquer que le projet de réforme de la VAP ait été « mis en jachère » au moment-même où les données issues du RimP commencent à être disponibles ? Alors que les données relatives à l'activité des secteurs psychiatriques remontent régulièrement à l'ATIH, avec des qualités de codage encore inégales selon les établissements. Le ministère de la Santé confié à Roselyne Bachelot de 2007 à 2012 sous le mandat présidentiel de Nicolas Sarkozy ne redémarre par les travaux au sujet de la VAP. Yvan Halimi, toujours résolument engagé dans l'avancement de cette réforme fait plusieurs appels du pied au ministère jusqu'au milieu des années 2010 sans succès. Le comité de pilotage de la VAP se réunit pour la dernière fois le 13 mai 2008. Il est en quelque sorte remplacé à partir de là par des « comités techniques » au sein de l'ATIH (et non plus au ministère) évinçant ainsi le caractère professionnel de la proposition. Cela a surtout pour effet de déplacer la question du financement à nouveau vers celle du recueil de l'activité comme indicateur central.

> « Il y a une évaporation des autres compartiments pour ne garder que le compartiment activité. Et donc en fait on se rend compte que pour faire retomber la psychiatrie... Regardez on voit bien, dans le la lettre du ministre il y avait les quatre

[1] Le communiqué de presse paru en 2007 est accessible au lien suivant : https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Quand-les-credits-des-hopitaux-publics-epongent-le-derapage-d-activite-des-cliniques-privees

> compartiments et ces quatre compartiments sont partis et il ne reste que le travail sur l'activité qui est exploité comme la T2A avec une déviation de tous les travaux initiaux, de toutes les orientations. »
>
> Yvan Halimi, psychiatre, novembre 2015

En 2009, Édouard Couty, ancien directeur des hôpitaux qui avait lancé la première expérimentation en 2000 alors conseiller maître à la Cour des comptes, en collaboration avec un inspecteur IGAS, dépose un rapport à la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin. Le rapport porte sur « les missions et l'organisation des soins en psychiatrie ». Parmi les recommandations, le rapport évoque la mise en place de la VAP.

> **Recommandation n°9 : Accélérer la mise en place de la VAP en vue d'une généralisation pour 2010-2011, et dans l'attente assurer une bonne traçabilité des financements des activités de psychiatrie**
>
> Il est également nécessaire, pour faire évoluer la problématique de l'adéquation des moyens aux besoins et à l'activité, de s'engager résolument dans la mise en œuvre de la VAP. Si elle a été longtemps contestée dans son principe, si les professionnels sont légitimement très attentifs à son modèle de construction et à son impact sur les ressources de la psychiatrie, il y a désormais un assez large consensus pour qu'elle soit mise en place.
>
> Les outils techniques – remontée des données du RimP, retraitements comptables – sont dans un état d'avancement suffisant pour envisager la mise en œuvre de la VAP. En 2008, environ 80% de l'activité en psychiatrie devrait remonter à l'ATIH ; le taux n'était que de 65% en 2007.
>
> La mise en œuvre de la VAP doit désormais être une priorité ministérielle et l'ensemble du dispositif nécessaire doit être rapidement défini et mis en place, tant au sein de la mission T2A de la DHOS [DGOS] qu'au sein de l'ATIH : comité de pilotage, modalités de concertation, moyens humains et techniques. Le calendrier doit prendre en compte l'objectif d'une mise en œuvre dès 2010-2011 et des expérimentations doivent être lancées sans délai. Ces expérimentations devront porter sur des modèles alternatifs – séjours ou journées pour l'hospitalisation complète, forfaits ou MIG pour les activités non directement liées aux soins). Les expérimentations devront être évaluées au regard de la capacité de la VAP à contribuer à une meilleure répartition des moyens. Dans l'attente de la réforme du système de financement, les financements actuels des activités de psychiatrie et de santé mentale devront être garantis. Les ARS suivront pour chaque établissement concerné : centres hospitaliers universitaires, généraux ou spécialisés, établissements privés, les dotations budgétaires affectées à ces activités (hors tarification à l'activité) et leur évolution dans le temps.

Dans l'ombre du ministère et de ses agences, la coalition des cinq acteurs ayant participé à l'invention du modèle VAP en 2004 (l'ADESM, la conférence nationale des présidents de CME, la FHF, la FNAPSY et l'UNAFAM) continue de faire valoir la pertinence d'un modèle pluraliste. En l'absence d'intérêt de la part du ministère, ces organisations profitent de la nouvelle mandature présidentielle en 2012 pour adresser une lettre au Directeur général de

l'Offre de soins (DGOS), Jean Debeaupuis, pour demander la reprise des travaux. Mais cette lettre ne rencontre pas d'écho de la part du directeur. Les cinq organisations « historiques » sont rejointes en 2013 par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) puis par des organisations syndicales de psychiatres : le SPEP (Syndicat des psychiatres d'exercice public) et le SPH (Syndicat des psychiatres des hôpitaux) ainsi que l'IDEPP (Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique)[1].

Malgré quelques irréductibles qui tentent de raviver la VAP à certaines occasions, comme les journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie, les acteurs s'accordent dans l'ensemble pour dire que ce projet n'est plus à l'ordre du jour au milieu des années 2010 :

> « Ah bah la VAP obligation de ne rien dire... Enfin la VAP n'existe plus, depuis 2008, maintenant on est plutôt sur… bah rien. On évoque un PMSI mieux en psychiatrie. Mais à part ce qui se fait à l'ATIH il n'y a rien [...] Il n'y a rien sur un nouveau modèle de financement, donc le RimP fonctionne comme un recueil d'activité, mais il n'a pas d'effet sur le financement. Il n'y a pas de volonté évidente de changer, enfin si ça doit évoluer ce sera vers une T2A... Mais pour l'instant il n'y a rien ! Ce sera vraiment une décision politique, ça fait 10 ans qu'on en parle, il ne se passe rien. [...] Finalement on est assez content d'avoir une DAF et on n'est pas prêt à changer, sauf expérimentalement. Mais il n'y a pas de volonté politique. »
>
> Médecin, bureau Santé mentale de la DGOS, octobre 2015

En 2015, au moment où nous avons commencé l'enquête sur le financement, les discours sont ainsi de trois ordres : les rares enthousiastes qui investissent des ressources dans le développement de la VAP (quelques professionnels déjà engagés) ; les défaitistes dans les administrations centrales qui ont intégré les difficultés de réforme qui durent, à l'époque, depuis déjà vingt-cinq ans (aujourd'hui depuis trente ans) ; et les nombreux alarmistes (parmi les professionnels là aussi) qui font valoir que le rouleau compresseur de la gestionnarisation voudrait également passer sur la psychiatrie par la T2A.

De manière relativement détachée de son but initial, et malgré les critiques à son encontre, le RimP s'est intégré dans les unités de soins psychiatriques et produit des données « en routine » comme le disent les acteurs. Toutefois, cette expression ne doit pas masquer le travail de codage, de correction, et de remontée que nécessitent les données pour être lisibles.

[1] L'IDEPP est issue du Syndicat des Psychiatres de secteur (SPS) fondé en 1988 devenue IDEPP en 2009 en se rapprochant avec des psychiatres universitaires.

3) Encastrements professionnels, organisationnels et institutionnels du RimP

L'activité de codage a lieu dans les unités, à partir des ordinateurs que l'on voit en service dans le poste de soins, dans les bureaux des secrétaires médicales et également, mais dans une moindre mesure dans les bureaux médicaux. Une première série de critiques affairant à la production des chiffres concerne le temps passé (perdu ?) à coder son activité (entre autres activités informatiques) plutôt que de s'occuper des patients ainsi que l'omniprésence de l'ordinateur pour médier leur relation avec les usagers des services (voir à ce sujet Michel, 2017 ; Juven et Gaudillière, 2019). L'entrave immédiate au travail de soins causée par le recours à l'informatique n'est pas spécifiquement liée au remplissage du RimP. Les soignants se plaignent de la multiplication des tâches qui s'effectuent sur ordinateur : taper les comptes-rendus, rédiger les ordonnances médicamenteuses, faire des commandes de matériel, etc.

Sur le RimP spécifiquement, Claire Bélart et Olivier Dembinski décrivent une « *participation détournée* » (2012, p. 99) de la part des personnels hospitaliers qui répondent en partie à l'injonction de remplissage par des stratégies de contournements en affectant, par exemple, le même diagnostic à tous les patients, pour vider l'instrument de son sens. De la même manière, Frédéric Mougeot, qui s'est intéressé spécifiquement au travail des infirmiers dans l'intégration des dispositifs instrumentaux (2013, 2015, 2019), montre une forme d'intervention qu'il qualifie de « *braconnage* », à l'instar des travaux de Michel de Certeau (1980). Les infirmiers renseignent les diagnostics dans l'outil à partir de la Classification internationale des maladies (CIM), mais n'intègrent pas ses catégories dans leur travail de catégorisation clinique, en maintenant l'usage d'un vocabulaire issu de la psychanalyse dans leurs échanges (Mougeot, 2019, p. 157). Il apparente cette pratique à des « *détournements ancrés dans la pratique ordinaire* » (p. 156), que les soignants développent « *en riposte aux attaques contre leur métier* » (p. 151).

Ces analyses mettent en avant la réflexivité et l'information des soignants qui développent des stratégies. Ils semblent savoir, même si ces connaissances peuvent comporter une part d'erreur, comment fonctionne l'outil et à quoi il sert. Dans nos observations du travail de codage, nous avons plutôt constaté une grande méconnaissance des processus gestionnaires de manière générale, et du fonctionnement du RimP particulièrement, des soignants *sur le terrain* (au sens ethnographique et du travail). L'ignorance fait alors perdre aux remplissages lacunaires ou standardisés ses airs subversifs. Les professionnels non médicaux ne savent pas systématiquement qu'ils participent à coder le RimP. Cette ignorance est organisée par

l'invisibilité du RimP dans le travail. Intégré au logiciel Dossier patient informatisé (DPI) dans l'établissement (comme de plus en plus d'établissements), l'outil de gestion est devenu impalpable. Les soignants y inscrivent continuellement des informations sur les patients et leurs prises en charge dont certaines sont aspirées par le RimP.

La solution technique visant à apparier les outils les uns aux autres comporte plusieurs effets. D'abord, en évitant de multiplier le travail de codage, l'appariement parvient à un gain de temps. D'après les professionnels de l'ATIH qui promeuvent cette solution, cela permet d'assurer un meilleur taux de remplissage. La « qualité des données » (au sens de leur volume et de leur représentativité à partir de critères statistiques) en serait donc améliorée. Les directions d'établissements affirment en effet que les professionnels « codent de mieux en mieux ». Ensuite, selon les institutions là aussi, l'appariement présenterait l'avantage de mieux représenter le « travail réel » des soignants – et protègerait l'outil du phénomène de « découplage » (Chiapello et Gilbert, 2013). Toutefois, le dossier patient n'est qu'une représentation inexacte du contenu du travail et des prises en charge, et les professionnels sont souvent peu soucieux de l'exactitude des informations. Pris seul, le diagnostic ou le renseignement des activités proposées au patient n'ont que peu de sens dans le DPI. Ces informations standardisées sont complétées par une série de comptes-rendus d'entretiens et de notes infirmières qui ne sont pas transférés au RimP, qui rendent la coordination du travail possible localement. De surcroît, les inscriptions dans le DPI ne sont qu'une des formes, et la plus minimale, de coordination nécessaire au sein de l'équipe pour permettre le déroulement du soin (voir chapitre liminaire). Enfin l'appariement des logiciels revient à masquer la présence de l'outil RimP. Si cela peut amoindrir les stratégies de contournements et de résistances observés par Claire Bélart et Frédéric Mougeot, cela apparaît contradictoire avec un discours qui promeut l'acculturation à la « logique gestionnaire ».

L'impératif de la production des données contribue à stratifier l'organisation hospitalière en affectant des rôles nouveaux aux différents acteurs chargés de produire et faire circuler les données. Les médecins des Départements d'information médicale (DIM) sont chargés dans l'établissement de récupérer les données, les « nettoyer », les transmettre à l'ARS. Ils les fournissent également localement à la direction de l'établissement sous la forme de tableaux de bord, souvent hebdomadaires, qui présentent l'activité « en temps réel » à travers quelques grandes informations (nombre de personnes hospitalisées et nombre d'actes produits notamment) pôle par pôle. Ponctuellement, les DIM sont amenés à répondre à des demandes précises de la direction ou des services de soins pour suivre une activité particulière ou identifier

les patients dans une tranche d'âge particulière par exemple. Enfin, ils sont chargés d'animer un programme de recherche dans l'établissement à partir des données. Dans les faits, beaucoup d'établissements peinent à recruter un médecin à temps plein pour remplir la fonction de DIM et les professionnels s'accordent pour dire que les données ne sont pas suffisantes pour des travaux de recherche.

Pour exercer ces fonctions, les DIM doivent bénéficier de données « de qualité » - qui tendent vers l'exhaustivité et ne présentent qu'une faible part de résultats aberrants. Ils sont les vigies locales du bon remplissage. Pourtant, les DIM rencontrés en entretien (N=4) estiment invariablement qu'il existe de nombreuses incertitudes quant au bon codage (voir Juven, 2013). En l'absence de directives claires, les hôpitaux établissent en interne des règles locales de codage. Au CHS du Rhône, les consultations longues sont dorénavant codées double (comme deux entretiens).

> « C'est vrai que ce n'est quand même pas la même chose de faire un entretien de quinze minutes avec un patient qui ne dit pas grand-chose, et puis prendre en charge par exemple une jeune suicidante qui entre dans la maladie ou qui traverse une période de dépression. Alors on a travaillé ensemble au sein de l'établissement. On a fait des enquêtes internes pour connaître le temps moyen de prise en charge pour le code « Entretien médical » dans le RimP et on a défini nos règles à partir de ça : si l'entretien dure plus d'une heure au CMP, ou alors plus de 30 minutes aux urgences, on code deux entretiens. J'avais demandé à l'ARS, mais on n'a jamais obtenu de réponse claire. Maintenant on se tient à ça, entre nous. Je sais que d'autres établissements font autrement. Honnêtement, on ne le cache pas à l'ARS, mais comme ils ne savent pas trop non plus comment faire, ils le savent et ils laissent faire. C'est sûr, ça crée des inégalités avec d'autres établissements qui coderaient un seul entretien pour une heure de consultation, mais bon… ».
>
> DIM, CHS du Rhône, novembre 2017

Cet aménagement du codage permet selon les professionnels de mieux représenter l'activité et présente également l'avantage de participer à sauvegarder voire à déclencher la bonne volonté des soignants à effectuer le codage pour un entretien « long ». Ces incertitudes quant au codage sont nombreuses et systématiquement résolues au niveau local, au sein des établissements. Au sein de l'établissement Madeleine Pelletier, l'action autour des données est structurée par une série de réunions annuelles et mensuelles qui permettent de garder les comptes de l'activité. Toutefois, peu de choses sont stabilisées du point de vue institutionnel. L'entrelacs des organisations qui « gèrent » les données l'explique en partie. Les ARS ne souhaitent pas prendre de décision définitive sans l'aval de l'ATIH (elles accordent des reconnaissances informelles et temporaires des pratiques concrètes), et l'ATIH, en tant que « bureaucratie technique » (voir Benamouzig et Besançon, 2005), est requise de s'en tenir à des

procédures complexes qui ne permettent pas de résoudre les incertitudes efficacement. Nous verrons dans le chapitre suivant que le cas de l'ARS Aquitaine se détache néanmoins. Le travail autour des données y est très structuré et sédimenté dans des formes d'action organisées éprouvées qui permettent typiquement de régler ces incertitudes en définissant collectivement une norme à usage local.

L'activité de codage et de suivi des tableaux de bord emporte finalement tous les échelons de l'établissement. L'instrument induit une mise en relation des acteurs hospitaliers non seulement en produisant des données qui fournissent des informations sur le travail de soin, mais également en structurant et en densifiant les relations à l'intérieur de l'établissement.

La capacité de description des activités du RimP fait dire à Claire Bélart et Olivier Dembinski (2012) que le RimP agrège des données « *dans le but de permettre un contrôle des pratiques et une gestion des risques et des dépenses. L'objectif de ce logiciel de saisie des actes est ainsi de permettre une comparaison entre les professionnels, les pôles et les établissements. Il s'agit de rendre le travail des uns et des autres facilement comparable de manière à trouver un* One Best Way *thérapeutique indépendamment des situations concrètes et du malade dans sa singularité. Pour ce faire, ce dispositif vise une transmission ciblée et élimine tout ce qui se réfère à la clinique.* » Le RimP, comme levier d'objectivation, contient en effet les ressorts d'un tel contrôle et d'une mise en concurrence entre différents niveaux de production de soins (au sein d'un établissement et entre eux). Toutefois, l'instrument n'est pas pleinement superposable à la politique qui est menée à travers lui (Rose, 1991). Pour qu'un tel usage soit rendu possible, l'outil et la politique, ensemble doivent parvenir à enrôler des personnels qui intègrent les normes managériales qu'ils participent à promouvoir.

Finalement, l'outil RimP, s'implante pas à pas dans les établissements hospitaliers et constitue, comme l'analyse Hugo Bertillot (2014, 2015) au sujet des indicateurs qualité, une rationalisation *en douceur* de l'hôpital psychiatrique. Il se révèle en effet suffisamment robuste pour porter un « contrôle institutionnel », tout en étant suffisamment « ouvert » pour donner lieu à des marges de négociation, produites au sein de l'organisation.

Conclusion : une mise en économie sans financement

Nous avons retracé dans ce chapitre, l'histoire indécise de l'absence de réforme du système de financement en psychiatrie. Les *échecs* de l'action publique sont plus volontiers

restitués à travers des approches évaluatives des résultats ou des effets (absents ou faibles, inattendus ou même contradictoires) produits par des politiques au cours de leur mise en œuvre (voir Wolman, 1985 ; Epstein, 2013 ; Rothmayr, 2018 ; Aulagnier, 2020). Notre cas s'en distingue en étudiant une réforme non-advenue. L'absence de réforme ne s'explique pas par l'*inaction publique* (Henry, 2017), mais par l'absence durable de consensus sur les propositions faites par les pouvoirs publics et par les professionnels. De notre point de vue, l'intérêt d'une telle recherche est de conjurer l'écueil téléologique qui peut être une limite des travaux sur le changement. En prenant appui sur un changement réalisé (ou du moins décidé), ils écartent du processus les options techniques qui ont été mises de côté et les acteurs rendus marginaux par des prises de positions qui se sont avérées perdantes[1]. En prenant au sérieux les destins non-réalisés au cours du processus réformateur du financement de la psychiatrie, nous avons déplié les controverses qui ont entouré, et en grande partie empêché, la mise au point d'un système de financement. En suivant les propositions peu originales bien que variées de constitution d'un outil de recueil ou d'un système de financement, nous soutenons qu'une approche néo-institutionnaliste du changement apparaît heuristique dans notre cas. Elle repose sur l'idée que les acteurs, et à travers eux, les organisations, sédimentent des représentations et des croyances qui sont constamment réinvesties sous de nouvelles formes (voir par exemple Chiapello et Gilbert, 2013, thèse 4). Perclus par le « mythe rationnel » (Meyer et Rowan, 1977) de l'efficacité d'un système de financement reposant sur l'activité produite, et malgré des transformations marginales de l'outil, les pouvoirs publics font preuve d'une constance, inaltérée pendant une vingtaine d'années, sourde aux résistances à la fois professionnelles et techniques.

Toutefois, comme le note Cécile Vigour (2018, p. 158) « *L'inaboutissement éventuel du processus réformateur ne signifie pas que ce dernier n'a pas d'effet. Il permet la constitution d'un socle cognitif commun, de référents partagés, l'élaboration de problèmes et de solutions susceptibles d'être ensuite mobilisés sur le même sujet ou un autre terrain par transposition des logiques argumentatives* ». En effet, de cet échec émerge d'abord la capacité de structuration collective des psychiatres, qui parviennent à s'organiser malgré leur éclatement doctrinal. Ensuite, les essais répétés de structuration d'un outil de recueil de l'activité a permis

[1] L'ouvrage de Jospeh Gusfield paru initialement en 1981 (2009) a largement contribué à modifier cette approche. En ouvrant la boîte noire de la construction du problème public de « l'alcool au volant », il dévoile tous ces possibles qui ne sont pas advenus. L'analyse des controverses, en s'intéressant justement aux intervalles problématiques dans la constitution d'une politique ou dispositif technique permet d'infléchir cette tendance.

la confection et l'installation du RimP dans les unités de soins, en l'insérant en dehors du *script* qui lui avait identifié à l'origine.

Cette analyse nous conduit à faire un pas de côté par rapport aux travaux critiques de la nouvelle gestion publique qui tendent à sur-interpréter la volonté monolithique d'un État contrôleur et gestionnaire. Il ne s'agit pas non plus de considérer que l'organisation collective des psychiatres est si habilement constituée que les acteurs parviennent ensemble à retarder et refuser les impositions et injonctions qui leur sont faites. Nous proposons une conclusion intermédiaire qui met en avant les différentes facettes de l'outil de description de l'activité RimP. S'il a été conçu par le premier cercle comme un instrument devant permettre d'y attacher une réforme de financement, le RimP rencontre aujourd'hui d'autres usages, et permet notamment de structurer les relations au sein de l'établissement et avec les ARS, sous des formes parfois discrètes ou plus ostentatoires.

Chapitre VI : Gouverner l'activité psychiatrique par ses financements. L'échelle locale de la mise en économie des soins psychiatriques

Introduction

Le maintien d'un financement par dotation globale ou Dotation annuelle de financement (DAF) en psychiatrie est réputé peu dynamique et incapable d'inciter à l'innovation. En ne s'appuyant pas sur l'activité produite par les organisations hospitalières, il ne permet pas non plus une redistribution équitable des ressources financières entre établissements. Définie comme la reconduction d'une année sur l'autre d'une enveloppe globale fermée, la DAF laisse apparemment peu de marge aux établissements pour développer de nouvelles activités et n'offre pas de prise aux Agences régionales de santé (ARS) pour faire évoluer l'offre de soins sur un territoire. Ce chapitre trouve son origine dans deux questions empiriques simples : Comment les ARS opèrent concrètement l'allocation des budgets hospitaliers en psychiatrie à partir d'une enveloppe régionale ? Quelles marges d'action les ARS et les établissements parviennent-ils à dégager à l'intérieur de ce système fortement contraint ?

Nous avons mené des enquêtes dans deux ARS et dans deux établissements spécialisés en psychiatrie le CHS Agnès Masson en Aquitaine et le CHS Madeleine Pelletier en Île-de-France. Les établissements sont assez comparables. Situés dans des espaces fortement urbanisés, ils disposent chacun d'environ 600 lits distribués sur une quinzaine de secteurs et emploient environ 2000 agents. Nous avons mené des enquêtes singulières dans les deux espaces régionaux (voir encadrés méthodologiques). Alors que l'enquête en Aquitaine a donné la priorité à l'observation des pratiques de régulation de l'ARS, l'enquête en Île-de-France a été plus centrée sur l'établissement de soins. Ces approches différenciées correspondent à des manières distinctes de concevoir l'action de régulation dans les deux espaces.

Ce chapitre vise à décrire et caractériser la gouvernance des soins psychiatriques, qui se superpose très imparfaitement aux trois pôles classiques que sont la régulation professionnelle, la régulation étatique ou bureaucratique et la régulation marchande (Freidson, 2001), mais les assemble sous une forme originale. Il articule deux questions, celle des interactions bureaucratiques et formes de travail organisées avec celle de la mise en marché des financements. Par là, il engage un dialogue entre deux ensembles de littérature : la sociologie

des organisations et la sociologie des sciences de gestion, comme sous-ensemble de la sociologie des sciences.

À travers une « ethnographie critique de l'action publique » (Dubois, 2012), nous montrons par quels moyens et en poursuivant quels objectifs, la re-distribution des financements est opérée par les ARS. Nous déployons une microsociologie des interactions bureaucratiques attentive aux relations qui unissent un établissement spécialisé en psychiatrie dans chacune des régions, et sa tutelle régionale. La sociologie des organisations, depuis les années 1960, donne la primeur à l'observation des pratiques informelles, sur l'appréhension des normes formelles, pour comprendre une organisation dans une variété de contextes bureaucratiques (Crozier, 1971 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1997). Nous nous appuyons sur le principe dégagé par Daniel Benamouzig et Olivier Borraz selon lequel « *c'est à partir de jeux d'acteurs et de savoirs locaux que se déploient des bureaucraties cognitives très formalisées* » (2016, p. 27), en développant une approche relationnelle de la bureaucratie qui cherche à reconstruire les organisations en partant des interactions qu'elles entretiennent entre elles, et non à partir de leur présentation formelle.

Ce chapitre cherche à dégager plus spécifiquement la structuration progressive du cadre des interactions, au niveau mésologique, qui s'apparente à un geste organisationnel. Les changements d'ordre institutionnel, qui surviennent progressivement dans la manière d'allouer les budgets aux établissements, modifient les comportements des acteurs pris dans un nouvel ensemble de normes, de ressources et de contraintes. L'observation au ras du sol des pratiques de négociation entre l'ARS et les établissements peut conduire à survaloriser les interactions ponctuelles, stratégiques ou contraintes, qui poussent les acteurs à optimiser ou enfreindre les règles ponctuellement ou plus durablement. Nous nous situons à un niveau intermédiaire en observant la structuration organisationnelle : des relations négociées et stabilisées (même si elles ne sont ni inaltérables ni éternelles) se construisent progressivement entre les agents de l'ARS et les acteurs hospitaliers et produisent, au-delà, des schémas relationnels applicables à leurs institutions respectives. Dans un mouvement récursif, nous cherchons à reconstruire « *autour de quels enjeux se sont stabilisées ces relations entre les acteurs dans ces organisations et, partant, (…) à déterminer en quoi les institutions contribuent à structurer ces jeux et, réciproquement, comment ces jeux influent sur la façon dont sont mobilisées, dans les organisations considérées, les institutions ou les innovations du champ*. » (Bergeron et Castel, 2016, p. 51).

En explorant les dimensions proprement instrumentales (Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014) de l'attribution des ressources et à travers l'observation des relations inter-organisationnelles, nous soutenons que les ARS dégagent des marges de manœuvre politiques de leur fonction redistributive, centrales pour leur action de structuration de l'offre de soins sur un territoire. Sous l'apparence d'un financement récurrent principalement fourni par l'attribution d'une DAF, le financement des activités de psychiatrie apparaît finalement pluriel et dynamique. L'observation des formes variées de contractualisation entre les établissements et les tutelles notamment autour des « projets » (Epstein, 2020), nous conduit à étudier précisément les conditions de *mise en marché*[1] progressive des financements de la psychiatrie. Nous poursuivons ainsi notre étude sur l'*économicisation* de la psychiatrie, au sens de Peter Miller et Michael Power (2013), en interrogeant précisément le processus de fixation des *prix* de l'activité psychiatrique, soit le montant qui est alloué à chaque établissement pour produire une activité négociée préalablement entre le producteur, l'établissement et le payeur, l'ARS.

Le plan suit le mouvement organisationnel plutôt qu'une approche strictement chronologique. Nous entamons notre étude sur la mise en marché des financements de la psychiatrie en montrant en premier lieu que l'espace d'échange est caractérisé par une forte régulation, portée essentiellement par l'ARS (A). Toutefois, les acteurs, ARS comme établissements de soins, sont peu à peu soumis à une hausse du degré d'incertitudes dans leurs transactions qui les conduisent à adopter des comportements plus stratégiques vis-à-vis de la ressource budgétaire (B). La progressive volatilité des budgets s'accroît, en même temps qu'elle se résout, par un recours accru aux appels à projets sous des formes suffisamment souples toutefois pour donner lieu à une « gouvernance négociée » du contenu et du prix des activités de psychiatrie sur le territoire (C).

A. Un espace d'échange fortement contraint et régulé

Étudier les conditions de la mise en marché (voir Steiner, 2005) de la psychiatrie, en interrogeant la manière dont sont financées les activités produites par un établissement psychiatrique, suppose de s'intéresser aux caractéristiques du marché que sont la concurrence,

[1] Nous empruntons à Michel Callon et Fabian Muniesa la définitions des marchés comme : « *dispositifs collectifs qui permettent d'atteindre des compromis, non seulement sur la nature des biens à produire et à distribuer, mais aussi sur la valeur à leur attribuer* » (2003, p. 189).

la régulation et les stratégies de réduction des incertitudes développées par les agents. Cette section montre que la région est un espace d'échange fortement régulé, notamment par l'obligation des agents de faire affaire entre eux (marché fermé). Au-delà de cette règle générale dans le jeu du marché, les agences régionales de santé par leur fonction tutélaire sont, dans l'échange, l'opérateur principal de la régulation « *qui peut être définie comme un ensemble de règles et de conventions disciplinant les tendances des acteurs pour aménager des zones de négociations* » (Biarez, 2004, p. 524). Cet « ensemble de règles et de conventions » supportent les objectifs poursuivis par l'ARS dans son action de pilotage des politiques de santé au niveau régional. Ces orientations stratégiques, fortement congruentes avec celles d'une politique nationale, sont relativement transparentes et stables (1). La stabilité qui caractérise également les instruments, organisationnels et financiers qui sont à la main de l'ARS, contribue à la régulation de cet espace d'échange (2).

1) La fonction régulatrice des ARS : un système d'attentes stabilisées quant à la définition des biens

La création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par les ordonnances Juppé de 1996 est le marqueur d'une évolution majeure dans la gouvernance hospitalière et sanitaire, qui résonne avec des transformations contemporaines de l'État (Bezes et Le Lidec, 2011, 2016). Reconnu comme un « mode de gouvernement à distance » de la part de l'État (Michel et Jourdain, 2011), l'échelon régional obtient une place prépondérante dans le pilotage des politiques de santé (Bréchat, 2004). « *Si l'État définit les orientations de la politique de santé mentale, il laisse le soin aux organismes déconcentrés, les ARH, de négocier avec les centres hospitaliers de leurs possibilités de transformation (décentralisation et réduction des lits, création de secteurs, prise en charge des patients dans la cité, etc).* » (Biarez, 2004, p. 524). Ce déplacement d'échelle s'accompagne ainsi d'une modification instrumentale de la politique de santé *via* la contractualisation portée notamment par les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (Kerleau, 2003 ; Valette et Denis, 2003).

Les ARS agissent dans un environnement fortement contraint (Rolland et Pierru, 2013), surplombées par le haut par l'État régulateur et centralisateur, et par le bas par la résolution des acteurs de santé de conserver leur autonomie thérapeutique. Dans leur composition, se rejouent les tensions normatives qui animent la politique nationale depuis plusieurs décennies. Le mouvement de désinstitutionalisation bien engagé, la politique nationale s'efforce de prôner les liens entre différentes compétences, notamment autour de l'articulation des champs médicaux

et médico-sociaux. Mais cette volonté se heurte à la structuration concrète et formelle des organisations qui entraînent des difficultés de dialogue et de coordination entre les deux institutions (Bloch et Hénaut, 2014). Dans l'État et ses agences comme la HAS, au ministère de la Santé, dans les ARS et dans les établissements et parmi les fédérations, des services distincts prennent en charge la politique médicale et sanitaire d'un côté et médico-sociale et sociale de l'autre. Elles sont, de plus, prises dans une seconde injonction contradictoire relative à l'innovation, qui là aussi illustre les hésitations concrètes des pouvoirs publics. Suivant un mouvement global de *normalisation* des pratiques de santé, certains efforts sont consentis pour permettre une homogénéisation des pratiques et des offres de soins sur les territoires. Parallèlement et de manière apparemment paradoxale, les politiques récentes encouragent le développement d'innovations locales soutenues par des financements souvent annuels et qui n'ont pas vocation à être pérennisés. Ce double impératif conduit parfois les agents de l'ARS à quelques incertitudes quant à la bonne marche à suivre dans la planification de l'offre de soins.

Les marges d'action des ARS sont ainsi réduites. Au-delà de ces tensions normatives et organisationnelles souvent gênantes pour l'action, les ARS bénéficient d'une feuille de route transparente quant aux objectifs qu'elles poursuivent. La référence à une « Stratégie nationale de santé » dans la loi *de modernisation de notre système de santé* votée en 2016 trouve ses origines dans les tous premiers mois du mandat présidentiel de François Hollande (Heard et Crémieux, 2016). Cet outil normatif pluriannuel entend informer et fédérer tous les acteurs, sanitaires et au-delà, autour d'enjeux collectifs. Il est destiné à être ensuite décliné dans différentes organisations sectorielles à tous les niveaux administratifs. Dans les ARS, les orientations de la stratégie nationale sont prioritairement reprises et adaptées au contexte local dans les Projets régionaux de santé (PRS) créés par la loi *Hôpital, Patients, Santé et Territoire* (HPST) de 2009. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 développée par le ministère de la Santé d'Agnès Buzyn est complétée dans le champ de la santé mentale par la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » mise au point en 2018.

Le rôle premier de l'ARS « c*'est la déclinaison de la stratégie nationale de santé mentale et du Projet régional de santé (PRS) 2, qui fort heureusement se parlent très bien. Et dans tout ça il y a des objectifs qui sont quantifiés et très bêtement il s'agit de les décliner. Un des sujets sur lesquels on travaille en ce moment par exemple, c'est le dispositif de re-contact des personnes suicidantes. La stratégie nationale et le PRS prévoit de le déployer, donc on est en train de le déployer progressivement sur l'île de France […] Le PRS n'est pas l'*alpha *et l'*oméga *de ce qu'il faut faire en matière de santé*, *mais c'est très important* » (Référente Santé

mentale, ARS IDF, août 2019). Ainsi formulé, le rôle des agents semble se cantonner à évaluer l'adéquation de l'état de l'offre de soins aux attentes de la stratégie nationale, déclinée en projet régional. Elle poursuit « *Quand j'ai pris mon poste j'ai dit que je considérais que c'était ma feuille de route* [le PRS]*, mais quand j'ai demandé si je devais faire que ça et me limiter à ça, et on m'a répondu non. […] Il fallait identifier les leviers d'action.* ». Les ARS, pour « *identifier les leviers d'action* », procèdent à des diagnostics territoriaux pour apprécier l'offre de soins et la confronter à des données épidémiologiques permettant d'évaluer l'état de santé de la population. Si les données permettent de donner une valeur argumentative à leurs orientations, les agents de l'ARS Île-de-France s'accordent sur la contingence des données pour mener une politique. D'après le référent en poste de 2014 à 2019, le système de dotation doit être « rustique » pour permettre la mise en place d'une politique clairement affichée : le virage ambulatoire.

> « Il faut être dans un système de défaveur et de discrimination positive en termes de financement territorial, d'une manière très rustique, on n'est pas dans un rôle d'ingérence dans les méthodes etc. Il faut rester sur les trucs très rustiques, « le virage ambulatoire » [rires] il faut fermer pour fermer, et puis voilà. »
>
> Référent Santé mentale, ARS IDF, avril 2016

Les ARS reçoivent les données tirées du RimP des établissements de leurs régions et sont autorisées à les mobiliser dans le cadre de la planification territoriale. Toutes les agences ne possèdent cependant pas les mêmes compétences pour se saisir de cet outil technique, ce qui explique en partie une appropriation différenciée des données d'une ARS à l'autre. Alors qu'en Aquitaine, la politique budgétaire régionale se fonde sur les données de l'activité (voir section B), les référents de l'ARS Île-de-France relativisent grandement l'intérêt des données quantitatives dans le déploiement de leur politique ambulatoire.

> « Je crois que c'est aussi un gros problème des acteurs publics de dire qu'on manque de données pour masquer qu'on ne fait rien. A un moment, on est capable d'appréhender les difficultés et là où il y a des besoins. Si vous ouvrez une structure qui répond à un vrai besoin vous n'allez pas avoir besoin de données pour voir qu'elle était nécessaire. »
>
> Référente santé mentale, ARS IDF, août 2019

Ce moindre intérêt pour des données précises, fiables, à jour, etc. s'entend aussi comme une conséquence d'une politique nationale stable et transparente depuis plusieurs décennies. Les objectifs principaux de la politique de santé mentale, implémentés régionalement par les ARS visent principalement à promouvoir l'équité de dotation entre les établissements afin de

garantir un accès des soins de même qualité sur tout le territoire et à encourager le développement de l'offre ambulatoire et la diversification des acteurs en santé mentale. Les ARS sont également attentives à la mise en œuvre de dispositifs permettant d'améliorer l'état de santé somatique des personnes atteintes de la maladie mentale, au respect des droits des usagers et à la participation dans le système de santé. D'autres chantiers sont complémentaires à ces ambitions comme le développement de l'offre en pédopsychiatrie, participer à la lutte contre les addictions ou encore animer une politique de prévention du suicide.

Outre les documents de planification qui permettent d'inscrire les orientations stratégiques de l'agence en leur donnant un caractère contraignant, l'ARS dispose d'une série de leviers à la fois financiers et organisationnels pour accompagner les acteurs de santé sur le territoire dans la structuration de l'offre de soins.

2) La régulation instrumentale des ARS : inscrire le « parcours » dans des instruments

Pour dessiner ces évolutions, l'ARS, à la suite d'une politique nationale, est attachée au développement des « parcours de soins » (voir Bloch et Hénaut, 2014) comme *motif* d'action publique. « *Tandis que la notion d'instrument associe de fait les aspects cognitifs de l'action publique à ses dimensions sociales et matérielles, la notion de motif cognitif cherche à en saisir plus spécifiquement les dimensions cognitives.* » (Benamouzig, 2014, p. 96). Les *motifs* sont considérés en tant que tels par Daniel Benamouzig lorsque l'on peut leur conférer une certaine autonomie cognitive, lorsqu'ils sont porteurs d'une idée en dépit des instruments concrets et matériels dans lesquels ils s'incarnent. Le parcours en effet a cette capacité à la fois à être une notion particulièrement floue dans les politiques publiques et très maniable pour les acteurs. Les planificateurs, au ministère, dans les ARS, à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), à la Haute autorité de santé cherchent tous à identifier, chaîner, redimensionner, visibiliser, etc. le parcours en santé mentale. Il découle d'une appréhension « moderne » des soins de santé qui commence à se développer très progressivement à partir des années 1980 et 1990 (Féry-Lemonnier, 2014). Il est principalement lié au développement des soins des maladies chroniques. Puis, s'étendant au-delà des frontières de la maladie, le « parcours de soins » est intégré dans un « parcours de santé » qui est lui même une portion du « parcours de vie ». Les parcours, qu'ils soient construits comme l'ordonnancement d'une succession de tâches et d'acteurs remplissant chacun un rôle précis et défini, ou comme une appréhension lâche de la relation thérapeutique et respectueuse des

temporalités étirées et heurtées vécues par les personnes soignées, sont présumés permettre une augmentation de la qualité des soins en même temps qu'une attention aux coûts. En 2004, la réforme du médecin traitant constitue une séquence importante et illustre bien ce double objectif : limiter les dépenses de l'Assurance maladie et assurer une plus grande cohérence clinique du diagnostic et des stratégies thérapeutiques en tendant vers un médecin traitant généraliste centralisateur des données de santé pour un même patient (Hassenteufel et Palier, 2005 ; Bloy et Schweyer, 2010). En 2014, la loi sur le parcours de soins entend réduire la mortalité liée aux maladies chroniques en organisant des prises en charge pluri-professionnelles (Laroche, 2016). En tout état de cause, les politiques de parcours cherchent invariablement, et indépendamment de l'instrument concret qu'elles y attachent, à promouvoir la coordination des acteurs de santé à travers une multiplication des formes de réseaux de soins prenant des formes coopératives dans lesquelles se réactualisent les relations de pouvoir entre praticiens (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005 ; Bercot, Coninck et Harmathèque, 2006 ; Bergeron et Castel, 2010).

En santé mentale, ces parcours sont caractérisés par le passage par une diversité de structures ambulatoires sur un même territoire. Du point de vue organisationnel, la centralisation managériale des structures auprès d'une seule unité facilite la mise en mouvement des patients dans le secteur. Toutefois, cette conception des soins de santé mentale achoppe sur la difficulté pour les professionnels à identifier des parcours-types en psychiatrie, comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre. À défaut d'être capable d'identifier des parcours à partir de l'existant, l'ARS s'engage dans un travail de construction *ad-hoc* des parcours de soins et de santé mentale. Elle déclenche pour cela des leviers poussant les acteurs de santé à collaborer au sein du même territoire.

Pour mettre en œuvre ces principes directeurs, l'ARS dispose d'une série d'instruments qu'elle utilise avec une relative autonomie par rapport au ministère de la Santé. Nous en développons trois exemples. Le Fonds d'intervention régional n'est pas un budget hospitalier et permet à l'ARS de promouvoir le développement de politiques locales de santé à l'ombre des acteurs hospitaliers. La récente réforme des Groupements hospitaliers de territoire laisse espérer une meilleure coordination entre les soins de santé mentale et les soins somatiques, mais montre une appropriation différenciée de l'outil entre les deux ARS de notre échantillon. Enfin, le « régime des autorisations » qui oriente le nombre et la capacité des structures hospitalières dans un département est un levier pour l'ARS pour forcer la coopération, voire la fusion des établissements.

Promouvoir les politiques locales de santé : l'exemple du Fonds d'intervention régional (FIR)

L'ARS dans un territoire n'a pas uniquement la charge du pilotage des établissements hospitaliers et leur articulation avec l'offre libérale. Au contraire, les orientations stratégiques récentes la poussent à engager des liens entre ces deux ensembles professionnels et à animer une politique sanitaire incluant les enjeux de prévention avec le concours d'une série de partenaires locaux. Les élus, *via* l'enrôlement des conseils municipaux et départementaux, sont un groupe particulièrement important (Grémion et Muller, 1990). Des partenariats avec des opérateurs privés sont également recherchés dans le cadre de dispositifs de prévention ou d'accès aux soins particuliers (Bergeron, Castel et Nouguez, 2011). *Via* le Fonds d'intervention régional (FIR)[1], l'ARS finance des projets qui ne sont pas uniquement médicaux, mais procèdent de la volonté de construire des partenariats pluri-professionnels sur le territoire.

L'ARS Aquitaine finance par le FIR des actions de promotions des politiques locales de santé et des droits des usagers dans le système de santé mentale. La responsable de ce budget pour la région Aquitaine nous détaille les actions ainsi financées en santé mentale :

> « Depuis 2015 on finance une structure prévention Santé mentale sur la métropole de Bordeaux – c'est un co-financement en fait, MGEN et ARS. On participe au financement des deux associations d'usagers et familles que sont la FNAPSY et l'UNAFAM. Ensuite un gros bloc aussi c'est le financement des GEM, Groupe d'entraide mutuelle[2]. […] c'est vraiment une priorité du DGARS et donc pour l'année prochaine on a prévu encore 5 nouveaux GEM. On finance vraiment tout, le local, et tout le budget de fonctionnement. C'est réglementaire en fait, le FIR doit financer les GEM. Après nous on est proactif pour en ouvrir, et on les finance tous au plafond c'est-à-dire 77 000 euros par an. […] Sur la grande région on est sur 53 GEM plus 5 GEM futurs »
>
> Responsable projet FIR ARS Aquitaine, juillet 2016

[1] Le FIR a été instauré en 2012. Il correspond à une enveloppe financière dont dispose chaque ARS (environ 3,5 milliards d'euros au niveau national en 2018) pour lui assurer une meilleure autonomie dans le déploiement de projets en lien avec la prévention et le renforcement de la démocratie sanitaire. Cette autonomie est progressivement réduite par la reconduction quasi automatique d'une proportion importante de ce budget ainsi que les arrêtés produits par le Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS définissant les actions financées par le FIR.

[2] Les Groupes d'entraide mutuelle apparaissent officiellement en 2005. Les GEM sont des associations portées par et pour les usagers en santé mentale. Ils bénéficient souvent d'un lieu dédié à partir duquel les membres usagers accompagnés par des animateurs (souvent des travailleurs sociaux ou des éducateurs) organisent des activités très diversifiées (jeux, activités artistiques, atelier de cuisine, visites, ou voyages).

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures associatives ayant vocation à accompagner les personnes atteintes de maladie mentale, en luttant contre l'isolement dont elles sont souvent victimes et qui limite leur autonomie. Le plafond budgétaire dont bénéficient les GEM, 77 000 euros, permet d'employer éventuellement un animateur et de financer les activités et projets définis et mis en œuvre par et pour les usagers membres de l'association. Ils représentent donc une forme originale d'action sociale sur le territoire. Les GEM sont des structures non-médicalisées et leur financement par le biais d'un budget dédié contribue à protéger leur autonomie, notamment vis-à-vis des institutions de soins, avec lesquelles elles ne bénéficient d'aucune relation formelle et hiérarchique. Du point de vue de l'ARS, les GEM sont toutefois un instrument permettant d'avancer la politique du virage ambulatoire en incluant l'usager dans des structures communautaires. La responsable du FIR poursuit sur les actions en santé mentale financées par ce biais :

> « On finance également les contrats locaux de santé mentale, mais c'est pas encore vraiment lancé. Je ne sais pas ce qui sera financé avec ça. [...] je pense qu'on est sur un mi-temps de coordonnateur par département. Mais je ne sais pas exactement le rôle encore… Là aussi c'est vraiment une volonté du DGARS de développer ça. »
>
> Responsable projet FIR ARS Aquitaine, juillet 2016

Les contrats locaux de santé sont mis en place d'abord par circulaire en 2009 puis confortés la même année dans la loi HPST. Ils unissent les ARS aux collectivités territoriales autour d'objectifs et de solutions élaborés en commun au cours de négociations parfois conflictuelles (Haschar-Noé et Salaméro, 2016). Les financements relatifs au développement et à la mise en œuvre d'un contrat local de santé sont très faibles et ne permettent pas de financer concrètement les actions mises en place. L'emploi d'un « *mi-temps coordonnateur* » souligné par la responsable du budget FIR illustre bien l'objectif de cet instrument d'action publique. Il ne vise pas à développer de nouveaux points d'accès aux soins, mais à favoriser les conditions d'une meilleure coordination entre les services et les acteurs déjà existants sur le terrain. Cette tendance lourde des politiques de santé à attribuer de faibles budgets pour permettre le travail en commun, plutôt que de contribuer à une hausse du volume de soins, conduit à la multiplication des postes de « coordonnateur » dans les établissements de santé et en dehors. Ces postes sont souvent des contrats à mi-temps et pour une durée déterminée. L'absence de pérennisation du poste est souvent due à la conception-même du rôle du coordonnateur. La personne recrutée travaille de façon transitoire à forger et consolider les relations entre les acteurs professionnels, *via* la confection d'un outil de communication par exemple, supposé être capable de pérenniser les relations et les modes d'action ainsi institués.

L'animation des politiques locales de santé qui ne sont pas directement liées aux acteurs médicaux et hospitaliers du territoire relèvent du budget FIR de l'ARS. Le Directeur général de l'ARS demeure relativement autonome dans les attributions de ces budgets. Toutefois, il est en proie à une progressive réduction de son autonomie. D'abord, la plupart des actions financées par le FIR en dépendent réglementairement et sont fixées par un arrêté ministériel annuel. De plus, comme le souligne la responsable, la majorité des actions ainsi financées sont pérennisées ce qui signifie que la quasi totalité du budget est reconduit d'une année sur l'autre : « *Tous les projets qu'on finance, on les évalue chaque année et si l'évaluation est positive, on les refinance… Donc il y a quand même une grosse partie de l'enveloppe qui est déjà engagée en début d'année. Les marges de manœuvre ne sont pas si importantes.* » (Responsable projet FIR ARS Aquitaine, juillet 2016). Le FIR apparaît comme un type de financement peu maniable du point de vue de l'ARS, mais à l'intérieur duquel les agents dégagent des marges de liberté pour développer des politiques locales et partenariales qui ne sont pas financées par les budgets hospitaliers.

En se trouvant dessaisie du levier financier hospitalier dans le champ MCO avec la mise en œuvre de la T2A en 2004, l'ARS a tout intérêt de développer un maximum de partenariats et de relations productives avec d'autres acteurs que les hôpitaux. Si à terme, sa fonction redistributive des budgets DAF en psychiatrie est amenée à s'amincir, les relations fortes, durables et efficaces qu'elle aura tissées avec les acteurs locaux pourraient lui permettre d'assurer sa pérennité.

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) comme instrument d'inclusion de la psychiatrie dans l'hôpital général

La récente réforme des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) intervenue en 2016 par le vote de la loi *de modernisation de notre système de santé* dote les ARS d'un instrument organisationnel supplémentaire pour diligenter un attendu rapprochement entre la psychiatrie et l'hôpital général. Les ARS Aquitaine et Île-de-France se l'approprient de manière distincte. Le regroupement des établissements était préfiguré par les communautés hospitalières de territoire (CHT) promues par la loi HPST de 2009 et se concrétise par l'instauration des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec la loi de 2016. Cette mesure prolonge les « fusions » qui se propagent dans les administrations publiques (Bezes et Le Lidec, 2016) et particulièrement étudiées dans les universités (Barrier, 2014 ; Barrier et Musselin, 2016) en laissant à la discrétion régionale (*via* le Directeur général de l'ARS) le choix des modalités concrètes de coopération (Schweyer, 2018).

La formation des GHT apparaît à l'observateur comme une opportunité de réification de l'inclusion de l'activité psychiatrique dans l'hôpital général promue par de nombreux professionnels et leurs syndicats, notamment le Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) et le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH).

> « Le grand mouvement dont le SPEP était l'initiateur principal c'est le transfert de la psychiatrie à l'hôpital général avec notamment le rapport Massé, en 1992. […] Maintenant il y a à peu près 37 ou 38% des secteurs de psychiatrie qui sont dans des hôpitaux généraux. Et puis on a aussi promu le démantèlement des grandes unités, des grands ensembles […] on préfère des unités un peu partout dans la ville qu'un gros centre à un endroit »
>
> Psychiatre, président du SPEP, août 2016

Pourtant, la profession s'inquiète des difficultés à maintenir l'autonomie de la psychiatrie à l'intérieur de groupements généraux. Les Communautés psychiatriques de territoire (CPT), préfigurées par la loi HPST, rassemblent les acteurs de la santé mentale sur un même territoire dans le but de coordonner les actions de soins et de prévention et de garantir leur autonomie.

> « Moi ça ne me pose pas de problème les GHT polyvalents, dès lors qu'il y a une CPT [Communauté psychiatrie de territoire] avec des règles qui définissent ces relations avec le GHT. […] On insiste sur l'organisation des acteurs de psychiatrie dans un GHT non psychiatrique en articulant son projet médical et son organisation avec les GHT, en garantissant une représentation de la CPT au sein de la gouvernance et lui assurer des financements garantis ».
>
> Psychiatre, président du SPEP, août 2016

Alors que les syndicats promouvaient une pratique de la psychiatrie en dehors des grands ensembles asilaires, le SPEP, le SPH et l'IDEPP (Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique) forment une intersyndicale au milieu des années 2010 pour défendre la création de GHT exclusivement psychiatriques au détriment des GHT polyvalents. Le président du SPEP impute l'échec de certaines dérogations demandées à la faiblesse des revendications des présidents de CME localement. Il donne notamment l'exemple du centre aquitain Agnès Masson rattaché à un GHT polyvalent de dix établissements dont le CHU a obtenu le rôle d'établissement support. Nos entretiens à l'ARS Aquitaine font apparaître que la décision relève d'abord du Directeur général de l'ARS : *« On ne nous a pas laissé le choix, on nous a dit que ce serait un GHT par département, point*. » (DAF CHS Agnès Masson, Aquitaine, Juillet 2019). Le cabinet du Directeur général confirme qu'il s'agit d'un « *positionnement fort de la part du Directeur pour la création de GHT polyvalents* » (novembre 2015). Si pour l'instant peu de compétences sont réellement mises en commun par la création du GHT (les parcours de soins

somatiques des personnes hospitalisées en psychiatrie au CHS Agnès Masson ne sont pas encore organisés), la communauté psychiatrique commence à se structurer sur le territoire. Le CHS Agnès Masson abrite la Communauté psychiatrique de territoire et entreprend prioritairement de réorganiser la psychiatrie de liaison dans les autres structures du GHT ainsi que de mettre en commun les compétences des différentes structures pour identifier une structure ou une équipe référente dans différents domaines d'expertise (la gérontopsychiatrie, l'addictologie, les troubles bipolaires…).

L'ARS Île-de-France a adopté un positionnement différent. Parmi les quinze GHT que compte la région Île-de-France, deux sont exclusivement psychiatriques et l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard n'a intégré aucun GHT. L'établissement Madeleine Pelletier a ainsi obtenu d'être établissement support d'un des GHT psychiatriques de la région. Pour l'ARS Île-de-France, l'amélioration de l'accès à des soins somatiques de qualité pour les patients hospitalisés en psychiatrie ne s'organisent pas à partir des GHT, mais *via* le régime des « autorisations », dont il est question plus loin dans le chapitre. En délivrant des autorisations dites « en médecine » aux établissements psychiatriques de son territoire, l'ARS Île-de-France souhaite structurer l'offre de soins somatiques dans les établissements tout en poussant les établissements à rechercher d'autres sources de financement *via* un financement de type T2A (voir section B).

Le régime des autorisations : contraindre à la collaboration et à la mise en concurrence

Le « régime des autorisations » se rapporte au dispositif unifié par la loi du 31 juillet 1991 qui régit la création d'établissements de santé, l'extension de ses services, ou encore la conversion ou le regroupement d'entités dans les secteurs public et privé. Il contribue concrètement à la politique de planification et de structuration de l'offre de soins sur un territoire en étant formalisé par des objectifs quantifiés opposables aux établissements. Le régime des autorisations correspond ainsi à un instrument d'action publique qui présente l'avantage d'être léger à manier pour les agents de l'ARS. Il n'est pas sous-tendu par des calculs complexes, mais suppose un respect scrupuleux des normes juridiques. Directement lié aux enjeux de santé, il ne demande pas *a priori* un haut degré de maîtrise clinique. Pourtant, selon l'actuelle référente santé mentale à l'ARS il s'agit là d'un instrument puissant de pilotage des politiques de santé mentale : c'est même « *à peu près l'unique chose qu'on peut faire, mais évidemment ça permet pas de rééquilibrer les problèmes posés par la liberté d'installation* (des professionnels libéraux)... » (juillet 2019). Lorsque nous la questionnons en entretien sur les

leviers dont disposent l'ARS vis-à-vis des établissements de santé mentale, la référente brandit le régime des autorisations comme instrument principal de la régulation :

> « Si on parle de régulation de l'offre de soins il y a une chose qui est très cadrante, c'est le régime des autorisations. Et juridiquement c'est très cadrant aussi. Là il y a un vrai levier qui est évident, et très fort. »
>
> Référente Santé mentale, ARS IDF, août 2019

Très concrètement, les effectifs cibles de chaque type de structure sont identifiés dans un document de planification[1]. Pour chaque domaine d'activité et par types de structures, il est fait état de l'existant et de ce qui pourrait ouvrir ou disparaître. Le document de planification de l'Île-de-France couvrant la période de 2018 à 2022 prévoit d'ouvrir un nombre limité de structures, tout au plus 6 structures sur toute la région Île-de-France. Pour le département de Paris, le document fait apparaître que 3 structures peuvent être amenées à fermer et éventuellement 2 à ouvrir.

Implantations opposables (OQOS)

75 - Paris

Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2		
		Borne basse	Borne haute	
Psychiatrie générale - Centre de postcure	12	12	12	
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	17	16	17	- 1 ?
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	34	34	35	+1 ?
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6	
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3	
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	0	0	0	
Psychiatrie générale - Centre de crise	9	9	9	
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	7	7	7	
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	30	28	31	-2 à +1 ?
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0	
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	2	2	2	
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	2	2	2	

[1] Le schéma régional de santé de l'Île de France est accessible au lien suivant https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_SRS%20IdF_Publication%20officielle.pdf

La plupart des lignes, représentant des types de structures, montre une stabilité du nombre de structures sur la période : l'effectif cible, borne haute et basse, étant égal à l'existant. Seules trois lignes que nous avons mis en exergue sont susceptibles de changer en positif ou en négatif.

Les travaux autour de l'élaboration du document prennent en compte les propositions des établissements existants et les besoins de santé évalués par l'ARS dans ses diagnostics territoriaux. Les travaux préparatoires à l'élaboration du document sont sous-tendus par des négociations entre l'ARS et les producteurs de soins autour de l'opportunité d'ouvrir, d'étendre, de regrouper ou bien de fermer des structures. La demande d'ouverture d'une structure peut ainsi déboucher au décours du processus de négociation sur l'obtention de budgets supplémentaires pour augmenter la capacité d'accueil d'une structure existante ou la proposition de regroupement avec une structure proche par exemple. En laissant apparaître le secteur public et le secteur privé en un seul et même ensemble, les autorisations sont un instrument utile pour l'ARS qui poursuit désormais des objectifs de développement de l'offre en soins regroupant public et privé. Cette prise en compte commune du secteur public et du secteur privé conduit peu à peu à un phénomène de vase communicant : les lits du publics étant fermés au profit de l'ouverture de lits privés. En effet, entre 2013 et 2017, le nombre de lits dans les établissements publics spécialisés a été réduit de 10% (passant de près de 26 000 en 2013 à moins de 24 000 en 2017) alors que cette perte a été en partie amortie par une hausse de 8% des lits dans les cliniques privées spécialisées (passant de 12 500 à 13 500) – en partie seulement puisque 1 000 lits de psychiatrie ont été supprimés au total[1]. L'élaboration de ce document et des effectifs-cibles participe de la régulation conjointe opérée par les négociations entre ARS et établissements, mais place également les structures publiques en concurrence avec les structures privées pour l'obtention ou plutôt la préservation de ses lits. Pour les professionnels, cette évolution entraîne une perte de chance pour les malades les plus précaires et atteints des troubles les plus lourds (notamment l'hospitalisation sans consentement reste l'apanage des établissements publics) qui peuvent être refusés en clinique en l'absence de mutuelle.

Le territoire d'échange constitué de l'ARS et ses partenaires est un espace fortement et progressivement régulé. Cette régulation est plurielle et prend des formes souvent partenariales

[1] Ces chiffres sont issus du Panorama de la Drees sur les établissements de santé, édition 2019. Ce document est à retrouver au lien suivant : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf.

ou conjointes entre les établissements et les ARS qui participent, bien qu'à des niveaux inégaux à la définition des enjeux et des objectifs de santé sur le territoire. L'ARS apparaît à la fois comme un acteur de la régulation et un agent régulé par les orientations stratégiques nationales et la détention de crédits limités dont les modalités de distribution sont très encadrées. Elle dégage également des marges de négociations variables des instruments dont elle est dotée pour planifier l'offre de soins. Son rôle de distribution de la Dotation annuelle de financement (DAF) en psychiatrie montre également ces mêmes caractéristiques. La contraction des budgets hospitaliers, notamment à partir de 2010, contribue à insérer des incertitudes dans cet espace fortement régulé quant à la reconduction des budgets, qui encouragent d'autant plus des usages stratégiques des ressources financières de la part des établissements et des agences tutélaires.

B. Quand les restrictions budgétaires pèsent. Incertitudes et stratégies budgétaires

Les conventions relationnelles entre les ARS et les établissements hospitaliers en psychiatrie sont progressivement formalisées dans un ensemble d'instruments contribuant à réduire les incertitudes des acteurs hospitaliers et de la régulation. Dans un secteur économique marchand, une incertitude importante pèse sur le producteur : le chiffre d'affaires (dépendant de la production, mais également de la demande et de l'évolution des prix) et le bénéfice (dépendant de l'évolution des coûts de production). De ce point de vue, l'établissement psychiatrique est apparemment bien protégé. La Dotation annuelle de financement suppose qu'un établissement reçoit chaque année une enveloppe globale similaire pour déterminer et mettre en œuvre ses actions de soins. Les œuvres de prévention, recherche et enseignement étant prises en charge par un autre budget fermé *via* les Missions d'intérêt général (MIG). Du point de vue comptable, la psychiatrie est d'ailleurs un domaine réputé peu complexe. Comme le dit le DAF de l'ARS Aquitaine « *En psychiatrie on a entre 85 et 90% des dépenses qui sont en personnel. La charge est moins importante en plateau technique ou en médicaments. C'est pas très compliqué normalement sur le plan financier* » (Juillet 2016). Le calcul de la « masse salariale » (Bezes, 2004) rend l'anticipation budgétaire peu complexe.

La contrainte budgétaire qui pèse sur les services publics, non uniquement dans le domaine de la santé (Hastings-Marchadier et Vigour, 2013 ; Le Lidec, 2020) contribue toutefois à introduire peu à peu de nouvelles zones d'incertitudes dans leurs relations, concernant notamment la reconduction de la Dotation annuelle de financement (DAF) pour les

établissements psychiatriques ainsi que leurs tutelles. Les démarches de modulation engagées aux niveaux ministériel et régional si elles ne relèvent pas d'une pure contingence, placent les acteurs en situation d'incertitudes (1) qu'ils ne parviennent à maîtriser que partiellement, au prix du développement de nouvelles stratégies budgétaires qui délaissent l'ARS (2).

1) Des modulations plurielles des Dotations annuelles de financement (DAF)

Les ambitions nationales et régionales de dotation équitable entre les établissements s'appuient sur des démarches de modulation des financements qui font apparaître de nouveaux enjeux aux établissements pour parvenir à conserver leurs dotations, qui sont encore accrus dans le cadre de la contraction budgétaire. Ces modulations s'opèrent à deux niveaux : au niveau national, le ministère de la Santé opère des modulations inter-régionales (a) et les ARS opèrent des modulations infrarégionales (b).

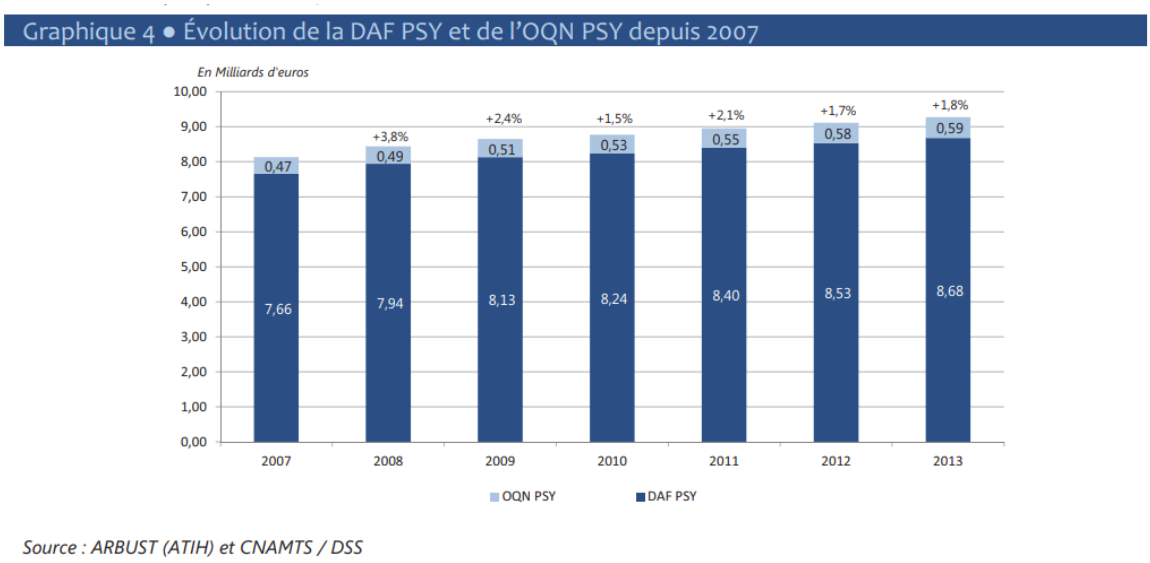
a) Modulations inter-régionales

Sous couvert de discours récurrents au sujet de l'absence d'instrument de financement des activités psychiatriques qui empêcherait notamment d'agir sur les inégalités de dotation entre établissements, le ministère de la Santé opère néanmoins des modulations sur les enveloppes régionales qu'il confie en 1996 aux ARH, chargées de les redistribuer[1]. Plusieurs méthodes sont successivement appliquées par le service financier de l'administration centrale pour donner lieu à un financement plus équitable. Avant que le RimP ne soit capable de fournir des données liées à l'activité produite par les établissements, les critères concernaient prioritairement les caractéristiques de la population de référence des établissements (un rapport DAF /habitant, densité, indice de précarité, moyenne d'âge, etc.). Le taux d'évolution de la dotation globale des établissements psychiatriques n'est pas indexé sur l'inflation, ce qui entraîne une baisse durable et régulière du budget depuis le début des années 2000.

> « (Au début des années 2000) j'avais obtenu qu'on puisse rendre publiques les dépenses de santé et quand j'ai annoncé publiquement les résultats à savoir que les moyens de la psychiatrie avaient augmenté de mémoire de 2 ou 2,1% par an, je me suis dit je vais me faire lyncher. Et à ma grande surprise, personne n'a rien dit. Alors que augmentation de 2% ça voulait dire que les budgets avaient baissé parce qu'avec

[1] Sur le « resserrement du verrou de l'État », par la discipline budgétaire, intervenu à partir du milieu des années 1990 voir (Le Lidec, 2020).

> l'inflation etc. c'était bien supérieur. Donc en réalité les moyens avaient baissé de 1%. C'est des coups de rabots faciles à faire. ».
>
> Alain Lopez, IGAS, Novembre 2015



Source : Rapport des comptes de la sécurité sociale (2014)

Dans les années suivantes, le taux d'évolution des DAF est toujours inférieur à 2% comme le montre le graphique ci-dessus, tiré du rapport des comptes de la Sécurité sociale en 2014. L'orchestration d'une politique de constriction budgétaire dans le domaine de la santé[1] *via* notamment le mécanisme budgétaire de l'ONDAM conduit de surcroît le ministère à opérer des « mises en réserve » à partir 2010, soit un prélèvement d'une partie de l'enveloppe qui pourra éventuellement être redistribuée si l'enveloppe n'est pas dépassée en fin d'année. Cette mise en réserve est un moment particulièrement opportun pour opérer des modulations sur les dotations régionales en appliquant des taux d'évolution en fonction des régions.

La circulaire *relative à la campagne tarifaire 2014* fait état de la répartition de la mise en réserve selon un principe inédit : « *Compte tenu des fortes inégalités de financement dans le secteur de la psychiatrie, seules les régions ayant un écart à la DAF/habitant moyenne supérieur à 7,5 %, seuil à partir duquel on observe un décrochage net de la distribution des écarts, seront gelées. Huit régions seront concernées* (Limousin, Auvergne, Basse-Normandie, Franche-Comté, Bretagne, Lorraine, Picardie, Aquitaine) ». En réponse, sept des huit régions touchées par la baisse de leurs DAF ont proposé un modèle alternatif à la DGOS présentant

[1] Sur la « construction » du « mythe du trou de la Sécu » voir (Duval, 2002, 2007 ; Pierru, 2007a). Sur la construction de la faillibilité des hôpitaux publics en Grande-Bretagne voir aussi (Kurunmäki, Mennicken et Miller, 2018).

notamment des critères dits « de santé publique » (comme la mortalité sur le territoire ou d'offre publique et privée sur le territoire, sans succès. L'Aquitaine est la seule région à ne pas proposer de modèle alternatif, estimant officiellement que les critères de santé publique alors disponibles ne sont pas suffisamment fiables ; elle est également la région la moins touchée par la baisse (-0,6%).

Afin de construire un modèle plus efficient pour 2015, la DGOS demande aux ARS de fournir leurs modèles de péréquations infrarégionales. Sept des vingt-et-une ARS de France Métropolitaine effectuent à ce moment-là une péréquation entre établissements. Tous les modèles prennent en compte l'activité (mais celle-ci n'est pas comptabilisée de la même manière dans toutes les régions), mais seules deux régions (Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur) l'utilisent comme critère unique. Toutefois, « *un mois après on a reçu une note : application d'une méthode bourrin, on applique la même baisse à toutes les régions. Point.* » (Responsable des notifications, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016). En raison de coupes budgétaires accrues prévues encore l'année suivante, le modèle n'a pourtant que faiblement évolué.

> « L'année prochaine (en 2016) il y a 30 millions d'économie à faire, c'était 10 millions l'année dernière. C'est peu sur 8 ou 9 milliards de budget global. C'est compliqué à faire parce que l'ONDAM par tête ce n'est pas le même d'une région à l'autre. »
>
> Médecin de santé publique au bureau de la santé mentale, DGOS, octobre 2015

En 2016 avec le passage aux grandes régions, des modulations prenant en compte l'activité sont pratiquées dans toutes les régions sauf Hauts-de-France et Île-de-France. Le plus souvent, le modèle de modulation de la grande région est basé sur celui pratiqué par l'une des régions fusionnées. Seule la région Grand-Est module uniquement à partir de l'activité. Tous les modèles modulent une part très faible des budgets : en moyenne, 98% des budgets sont la reconduction des financements historiques[1]. En 2018, la DGOS prescrit un « socle commun » de critères à utiliser dont l'effort ambulatoire et la précarité.

[1] Voir notamment la présentation du DAF d'un établissement du Rhône lors des 5e journées de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie en 2016 à Brumath http://www.ch-epsan.fr/media/websites/epsan/pdf/journees_etude/jimcgp2016/breulsdetiecken_la_modulation_des_daf_dans_les_regions_2016-09-22.pdf

b) Modulations infra-régionales : l'exemple de l'agence aquitaine

Encadré méthodologique : l'enquête en Aquitaine centrée sur l'ARS[1] (2015-2020)

Nous avons mené une enquête par entretiens au siège de l'ARS Aquitaine entre 2015 et 2019 (N=15) et quelques acteurs locaux encadrant l'activité psychiatrique (institut de formation et mission régionale d'appui). Précisément, les agents chargés d'impulser ou de mettre en œuvre les politiques régionales en santé mentale ont été rencontrés en 2015-2016 (N=5) ainsi qu'en 2019 (N=2) et différents documents de planification ont également été récoltés. Ce chapitre mobilise principalement les entretiens menés avec le responsable des affaires financières de l'ARS (DAF ARS Aquitaine) ainsi que la responsable des notifications de financement. Une médecin de santé publique chargée de coordonner le groupe de travail sur le modèle de répartition de la DAF depuis le début des années 2000 a également été interrogée. Les « notes » envoyées chaque année aux directions des établissements relatives à la campagne tarifaire ont été récoltées pour chaque année de 2014 à 2019. Elles détaillent notamment le modèle de la modulation utilisé et ses modifications année après année. Ces entretiens ont permis de reconstruire la politique menée au niveau régional et identifier les leviers dont dispose l'ARS pour piloter les politiques de santé mentale.

Afin de reconstruire la relation entre l'ARS et un établissement, nous avons également entrepris de rencontrer des professionnels en poste au centre hospitalier Agnès Masson. Des psychiatres de l'établissement ont été interrogés entre 2016 et 2020 (N=4), puis nous avons mené en août 2019 des entretiens avec la responsable du service de pharmacie, le Directeur des affaires financières de l'établissement ainsi qu'avec la psychiatre en charge du département d'information médicale.

[1] L'ARS Aquitaine et Nouvelle Aquitaine a été dirigée par Michel Laforcade de 2012 à 2020, un directeur d'hôpital formé à l'EHESP qui occupait des postes de direction dans les administrations locales des affaires sociales dans le sud-ouest de la France depuis les années 1980. En 2014, la ministre chargée de la Santé, Marisol Touraine lui commande un rapport sur la santé mentale par une lettre de mission assez large. Il s'agit de soumettre des recommandations sur les organisations, la structuration des pratiques professionnelles et les enjeux de la citoyenneté. Un des objectifs affichés est en fait de préfigurer les articles relatifs à la santé mentale du projet de loi de santé qui est finalement votée en janvier 2016. Le rapport prend résolument position pour une amélioration des « parcours » de soins, avec une attention particulière aux publics les plus vulnérables. Il entend pour cela promouvoir et prolonger le principe du secteur psychiatrique en garantissant une offre de soins complète dans chaque secteur. Il évoque également le rôle des ARS pour piloter les politiques de santé mentale : favoriser le développement des activités ambulatoires *via* des modulations DAF, financer des actions innovantes *via* le FIR (Fonds d'intervention régional), et créer des places dans des structures médico-sociales en puisant dans les ressources allouées au sanitaire. Enfin, le rapport évoque clairement les besoins des ARS en termes de ressources (compétences et financières) pour effectuer ce travail de pilotage en requérant par exemple l'édiction de « référentiel de bonnes pratiques » du pilotage. Les propositions faites dans le rapport, sont en grande partie reprises dans la loi de janvier 2016.

La région Aquitaine a mené une réflexion précoce sur le développement d'un mode de financement en partie lié à l'activité effectivement produite dans les établissements psychiatriques. Alors que l'expérimentation sur plusieurs régions est en cours au début des années 2000 (voir chapitre précédent), la DRASS Aquitaine travaille avec un groupe de travail pilote composé de psychiatres et d'épidémiologistes, à développer une méthode de comparaison entre les établissements. « *Il y avait un groupe de psychiatres qui ont impulsé et des gens qui les ont entendus du côté des tutelles* » (Médecin de santé publique, coordinatrice du groupe de travail modulation, ARS Aquitaine, Juillet 2016) : la préexistence du groupe explique l'émergence d'une dynamique particulièrement précoce en Aquitaine. D'après les différents médecins qui ont été engagés dès le début dans ce travail, le projet relève d'un « *essai de traitement plus égalitaire des établissements* ». Comme le modèle promu à l'origine du Groupe des 13 il s'agit de conserver le modèle de financement à la dotation globale en indexant une faible proportion budgétaire à la production des soins.

Le premier objectif vise à permettre une description pondérée des activités psychiatriques, sans la relier directement à la question du coût économique : « *C'était un peu à dire d'experts… parce que c'était des psychiatres qui participaient à ça et on leur demandait le poids respectif de chacune des activités les unes par rapport aux autres. Un poids en prise en charge et non financier. La base c'était la journée d'hospitalisation à temps complet et à partir de là, en psychiatrie générale, l'hospitalisation de jour c'était 0,7, les actes ambulatoires c'était 0,3, etc. »* (Médecin de santé publique, coordinatrice du groupe de travail modulation, ARS Aquitaine, Juillet 2016). Ce travail aboutit ainsi à la construction d'un coût à l'*unité de soins*.

« *Ce travail était fait dans l'optique d'un rééquilibrage* » (Responsable des notifications de financements, DAF ARS Aquitaine, Juillet 2016), mais il sert finalement davantage à dresser un état des lieux des financements inégaux qu'à modifier les méthodes d'allocation des ressources aux établissements. La connaissance relative aux inégalités de traitement entre établissements permet toutefois à l'ARS d'opérer de menus rééquilibrages en utilisant des budgets non-fléchés pour doter les établissements identifiés comme sous-dotés.

> « Pendant des années, on avait une enveloppe commune pour les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie pour développer des activités nouvelles. C'était des enveloppes, pour l'Aquitaine qui étaient relativement importantes parce que ça représentait environ 5 millions d'euros en moyenne, tous les ans et qui était à la main de l'ARS. Donc l'ARS, faisait son boulot du côté de l'organisation des soins d'identification des besoins, le financement faisant son boulot d'identification d'établissements qualifiés de « sous-financés » – encore que à cette époque la notion était moins précise que maintenant. Et l'ARS traduisait cette enveloppe régionale en

> priorisation pour financer des projets de développements en psychiatrie ou Soins de suite et réadaptation. Depuis 2013, il n'y a plus ce genre d'enveloppe. »
>
> Responsable des notifications financières, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016

En l'absence de perspective rapprochée de modification du système de financement de la psychiatrie (nous avons traité de l'abandon du projet de Valorisation de l'activité psychiatrique dans le chapitre précédent), le groupe est réactivé à la fin de l'année 2011 et les premiers résultats sont présentés aux établissements sous tutelle de l'agence en 2013. Au début des années 2010, la disparition de l'enveloppe spécifique évoquée plus haut par la responsable des notifications, que l'ARS utilisait jusque-là pour développer et promouvoir des activités en psychiatrie (et en soins de suite et de réadaptation) accélère également la reprise des travaux du groupe. Le groupe de travail s'ouvre alors aux représentants des directions des établissements de la région (DAF, DIM et contrôleurs de gestion principalement). La coordination est confiée à la médecin de santé publique de l'ARS qui collabore avec les psychiatres depuis les années 1990. Dans cette période également, la direction générale de l'agence est confiée au directeur d'hôpital Michel Laforcade. A la suite d'une demande qui lui est adressée par l'ADESM, celui-ci exprime sa volonté pour l'agence de voir une modulation effectuée pour l'allocation des ressources en DAF pour la psychiatrie. Tous ces éléments forment un environnement local favorable au développement des péréquations infrarégionales en Aquitaine dès 2014.

À l'origine de la mise en œuvre d'un modèle de modulation, il y a la volonté ferme de l'ARS (accompagnée par des représentants des établissements) de réduire les inégalités entre les établissements de la région. « *On a joué aux Robins des bois, on a pris aux riches pour donner aux pauvres* », comme le dit le référent « parcours de soins » de l'ARS Aquitaine rencontré en 2015. Ce travail est fait exclusivement au niveau du siège régional et non départemental. C'est dans cette optique qu'est développé le premier modèle de modulation pour l'année 2014.

> « Alors on fait moduler la DAF sous plusieurs aspects, qu'on retrouve un peu dans toutes les régions. C'est vraiment la logique de mesure de l'activité et essayer de répartir un compartiment du financement vis-à-vis d'une dynamique d'activité au sens de nombre de journées donc quelque part une logique, pour prendre un terme volontairement caricatural, de production. La deuxième logique c'est une logique de file active. C'est quelque chose qui n'est pas forcément convergent avec l'activité en journées. On peut avoir des établissements avec une forte file active et peut-être moins d'activité et inversement. Et puis un troisième élément qui est plus géographique qui est place dans la consommation de soins. C'est-à-dire être en capacité de repérer une structure qui parfois va être implantée dans un territoire où il y a très peu de libéral par exemple, et qui va donc connaître potentiellement une sur-activité alors même que le fait qu'il n'y ait pas d'offre de soins alternative, ça va

> justifier le recours à l'hospitalisation. Activité c'est un mot relatif, c'est une journée par rapport à des euros. Sur cette base-là, une espèce de critérisation multi-dimensionnelle qui concrètement ne fait varier qu'une partie. Une variation à la marge en fait, mais qui peut avoir un impact fort. »
>
> DAF ARS Aquitaine, novembre 2015

En 2014, trois critères sont sélectionnés pour le calcul de l'allocation : l'activité, la file active, la population[1].

- Le **critère activité** est construit à partir des données issues du RimP de l'année 2012[2]. Une vingtaine d'activités distinguées selon 3 blocs (hospitalisation à temps plein, ambulatoire, hospitalisation à temps partiel) est identifiée, à chacune est attribuée un coefficient de pondération. La construction du critère indique une série d'éléments sur les croyances de ses concepteurs : la journée d'hospitalisation adulte temps plein représente la norme, le coefficient 1 (une journée en Unité pour Malades Difficiles est cotée 1,7 alors qu'une venue en hôpital de jour adulte est cotée 0,7) ; et seuls les actes ambulatoires effectués en présence de la personne soignée sont comptabilisés (à l'exclusion des « réunions » et des « démarches » qui participent à la coordination du parcours de soins de la personne). *« Ça veut dire que quand* [la médecin de santé publique] *me dit que tel établissement a fait 1600 journées d'hospitalisation temps plein en UMD, moi je dis il a fait en fait 1600 x 1,7 journées. Et pareil pour tout, on pondère* » (Responsable des notifications financières, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016).

- Le **critère file active**, construit à partir des données du RimP là aussi, mesure le nombre de patients pris en charge par un établissement, dont sont retranchées les personnes qui n'ont donné lieu qu'à un ou deux actes ambulatoires. Ce critère dévalorise le travail de prévention et de réorientation (notamment vers des consultations privées) menée notamment dans les CMP et aux urgences et incite les professionnels à recevoir un même patient en consultation au moins trois fois, indépendamment des critères cliniques. La pondération de la file active ambulatoire est d'ailleurs abandonnée en 2017 en raison des contestations au sein du groupe de travail.

[1] Un quatrième critère, la **superficie** a été introduit et rapidement abandonné. Il était construit sur un calcul simple de la superficie moyenne en km2 des secteurs pris en charge par les établissements. Cette mesure n'était pas pondérée à la nature urbaine ou rurale du territoire ou encore à la présence de transports en commun par exemple.

[2] Les acteurs s'accordent pour dire que l'année 2010 est la première année suffisamment fiable pour traiter les données issues du RimP - même si elles présentent encore beaucoup de données manquantes et de lignes mal codées. Egalement, le temps de retraitement des données était très important lors des premières années d'usage du RimP, ce qui obligeait les professionnels à travailler systématiquement sur les données relatives à l'activité de deux années plus tôt. Aujourd'hui un traitement lus rapide des données permet d'avoir les données de l'année précédente.

- Le **critère population** est une version largement simplifiée du critère géo-populationnelle voulu par la VAP, « *un critère simple et robuste comme dirait Michel Laforcade* » (Responsable des notifications, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016). Il prend en compte les dépenses d'assurance-maladie dans le département concernant les cliniques privées et psychiatres libéraux. En divisant la totalité des dépenses liées à la santé mentale (DAF et assurance-maladie) par le nombre d'habitants dans le département, on obtient une dépense par habitant qui permet de comparer les territoires entre eux. Ce critère ne s'intéresse ni à l'état de santé générale ou mentale de la population, ou des critères socio-économiques pris à partir du taux d'emploi et des revenus, ni à d'autres fournisseurs de soins potentiels (psychologues notamment, ou encore l'offre de médecine générale). Il ne fait pas non plus état de l'offre médico-sociale sur le territoire.

À partir de ces critères, une « DAF activité » est calculée et comparée à la « DAF reconductible » (le montant qui serait alloué par établissement si aucun redressement n'était opéré). Le travail d'attribution budgétaire est fait en interne au sein de l'ARS – et non par le groupe de travail où les établissements sont présents.

> « Ils [les représentants des établissements dans le groupe de travail] ont bien compris qu'ils étaient là à titre consultatif, et que l'ARS avait le dernier mot. Parce que ça c'est le modèle, mais après il y a « qu'est-ce qu'on fait de ça sur le plan du financement ? » et ça c'est le boulot de l'ARS toute seule. Et là, évidemment c'est un peu compliqué… […] je crois que la représentativité dans le groupe montre bien que tout le monde a compris l'enjeu. Il y a plus de DAF [Directeurs des affaires financières des établissements] aujourd'hui qu'il y en avait au début. Il y a des fois, on voit qu'ils sont pas forcément d'accord entre eux non plus… […] Notre groupe il est élargi, donc il est moins technique aussi […] Bon après, c'est comme tout le temps, il y a presque un jeu de rôle de qui fait le gentil, le méchant… […] Nous tout va bien parce qu'on a impulsé des choses, mais dans des limites extrêmement raisonnables. Globalement, ça passe. Il y a d'autres régions qui ont laissé tomber leurs modèles. Moi, je ne sais pas si ça marche grâce au groupe, parce qu'on les a toujours associés ou parce que c'est très limité.»
>
> Responsable des notifications, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016

La responsable des notifications avance que les retraitements de DAF par l'ARS sont bien acceptés par les établissements. Le modèle est défini avec le concours des établissements et ne module qu'une part faible de leur budget. Le Directeur des affaires financières évoque toutefois des difficultés à faire accepter le procédé à l'origine. D'autant que les premières années, le ministère appliquant une politique de modulation des DAF au titre du plan d'économie national, le montant total tendait à baisser.

> « C'est ça la DAF. C'est historique […] C'est le problème des hôpitaux, ce sont des grosses machines. C'est un gros employeur, les faire bouger, c'est difficile. On peut décréter le montant, mais déjà cette histoire de modulation qui bouge, un maximum de 5% dans le budget, c'était un truc déjà qui a pris du temps. Ça a mis moins de

> temps à être mis en place, mais politiquement proposer l'idée de la modulation, c'était chaud. Je me suis retrouvée devant le Maire d'un gros hôpital psychiatrique pour défendre le financement dans le cas d'un conseil de surveillance, mais bon c'est chaud ce genre de sujet. Le tuyau est quand même précis, serré et on ne peut bouger les choses qu'à la marge. »
>
> DAF ARS Aquitaine, Novembre 2015

Dans le cadre de la contraction budgétaire, il s'agit d'appliquer « *un moyen intelligent de répercuter l'argent qu'on nous a pris sur les établissements »* (Responsable des notifications, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016). En 2015, l'ARS a ventilé la perte d'un million d'euros de DAF régionale sur les établissements en participant au rééquilibrage. La situation s'est répétée en 2016 : l'ARS a dû retrancher 0,3% de budget moyen soit une perte de 2% de la DAF à un gain de 0,4% selon les établissements.

Les échanges fréquents dans le groupe de travail permettent de faire évoluer le modèle. « *La première année* [2014] *on a dû faire trois réunions, la seconde* [2015] *deux et cette année* [2016] *une seule. Ils* [les représentants d'établissement] *ne viennent pas tous à chaque fois, mais ça existe toujours.* » (Médecin de santé publique, coordinatrice du groupe de travail modulation, ARS Aquitaine, juillet 2016). Deux décisions ont été prises à partir des discussions : limiter le nombre d'actes par patient et par jour en ambulatoire et réintroduire la prise en compte des « Démarches » lorsqu'elles sont effectuées par les assistantes sociales.

> « Il y a plus de travail de prise en compte de l'activité avec des décisions de correction de la base parce que l'on a considéré qu'il fallait limiter le nombre d'actes enregistrés sur la même journée et pour le même patient parce que c'était pas possible. On a limité à 4 entretiens et 2 groupes pour un même patient. Donc avant d'arriver à un consensus sur la limitation et la correction de la base il y a eu des échanges surtout avec les DIM psychiatres du groupe. […] On a décidé de ne s'intéresser qu'aux actes en présence du patient, donc les « Réunions » et les « Démarches » sont mises de côté. Et puis la seconde année, on a réintroduit les « démarches » d'assistante sociale, dans la mesure où c'était la seule façon de valoriser leur activité. […] C'est à partir de la base, où on regarde tous ensemble l'atypie de certains établissements et que l'on décide de trancher en ne prenant que ça. »
>
> Médecin de santé publique, coordinatrice du groupe de travail modulation, ARS Aquitaine, juillet 2016

À partir des indications données par les professionnels des établissements et en fonction des volontés portées par l'ARS, le modèle de modulation évolue à la marge pour soutenir des activités ou induire la diminution d'autres. Concrètement « *depuis 2 ans, en Aquitaine, mais c'est aussi la répercussion d'une politique nationale, on veut développer, encourager l'ambulatoire – quand je dis « ambulatoire » c'est « alternative ». Donc on est passé de 0,1 par*

exemple pour le coefficient de la consultation en CMP classique à 0,2. Et tous les actes ambulatoires augmentent. » (Responsable des notifications, DAF ARS Aquitaine, juillet 2016). En effet, si le coefficient de base est l'hospitalisation à temps complet adulte (hors UMD), n'a pas évolué depuis 2014, les coefficients des prises en charge en ambulatoire ont augmenté au cours des deuxième et troisième années (2015 et 2016), comme le montre la reproduction du tableau ci-dessous.

Tableau *:* Reproduction non exhaustive du tableau des coefficients de pondération appliqués à l'activité en psychiatrie en Aquitaine entre 2014 et 2018

Activités Psychiatrie Adultes	**Coefficients de pondération**				
	2014 activité 2012	2015 activité 2013	2016 activité 2014	2017 activité 2015	2018 activité 2017
Prise en charge ambulatoire et activité externe – Activités en CMP	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4
Prise en charge ambulatoire et activité externe – Groupes en CMP et en CATTP	-	0,4	0,4	0,4	0,4
Prise en charge ambulatoire et activité externe – Psychiatrie de liaison	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7
Prise en charge à temps complet – Hospitalisation Temps plein (hors UMD)	1	1	1	1	1

Le coefficient absolu de l'hospitalisation temps plein semble être stable, mais son poids relatif s'amenuise en conséquence de l'augmentation des coefficients des formes alternatives à l'hospitalisation. Ce modèle entreprend de rendre plus dynamique le pilotage des politiques sur le territoire en offrant un levier d'action concret et précis à l'ARS. L'écart de deux ans entre l'activité effectivement produite (données du RimP pour une année donnée) et les

compensations financières (à N+2 jusqu'en 2017) rend pourtant l'outil de pilotage peu lisible et peu incitatif pour les établissements. Même si le sens général de l'incitation (aller vers plus d'ambulatoire) est tout à la fois attendu, cohérent et affiché, l'impossibilité pour l'ARS d'obtenir plus tôt les données crée des situations de décalages et une certaine démobilisation de la part de certains établissements (notamment les moins dotés) qui n'ont pas la marge financière pour développer des activités qui ne seront que faiblement rémunérées deux ans plus tard – et sous réserve que le modèle n'évolue pas dans un autre sens.

De plus, notons que la deuxième moitié des années 2010 est toujours marquée par de fortes incertitudes concernant le système de financement global de la psychiatrie. Olivier Véran, alors député socialiste, est notamment chargé par le ministère de Marisol Touraine en 2016 d'une mission sur le financement hospitalier, dans le cadre d'une montée en puissance des controverses autour de la T2A. Dans ce contexte très incertain, l'ARS se résout à faire évoluer son modèle de manière très marginale seulement. Parmi les évolutions importantes, l'ARS Aquitaine doit également soulever le défi de la fusion des régions. Par chance, les deux autres régions ne disposant d'aucun modèle de modulation, l'ARS Aquitaine propose d'étendre simplement son modèle aux établissements des deux autres régions. La campagne tarifaire de l'année 2016 ne voit le modèle s'appliquer que sur l'Aquitaine du fait du délai pour obtenir et s'approprier les données issues des deux autres régions. Une simulation des DAF qui auraient été obtenues avec le modèle de modulation est toutefois envoyée aux établissements du Limousin et du Poitou-Charentes.

> « Je suis allée présenter le modèle à Poitiers au printemps, et je n'ai pas encore eu de contact avec le Limousin. Mais apparemment je ne sais pas si ce sera utilisé sur tous les établissements, mais il est prévu de le faire tourner sur tous les établissements de la région. Il y aura au moins une analyse comparative de l'ensemble des établissements et un affichage du positionnement. […] Le problème était différent dans les deux territoires. En Poitou-Charentes, d'après ce que j'ai entendu, est une région sous-dotée, donc pas de problème de récupération sur leur DAF sur l'enveloppe régionale donc pas besoin de récupérer de l'argent. De l'autre côté le Limousin est une région réputée sur-dotée mais avec un positionnement géographique... La récupération sur leur enveloppe aurait été entendue… »
>
> Médecin de santé publique, coordinatrice du groupe de travail modulation, ARS Aquitaine, juillet 2016

Le modèle de modulation aquitain apparaît finalement comme un instrument très maniable. Il jouit d'une acceptabilité auprès des professionnels des établissements qui participent à le construire et reconnaissent sa capacité d'objectivation chiffrée des inégalités de richesse qui pèsent sur les établissements. Du point de vue l'ARS, il présente le grand avantage

de promouvoir le codage de l'activité dans l'outil RimP auprès des établissements. Il apparaît *a priori* comme un potentiel instrument de gouvernance automatique, capable de formuler des décisions d'attribution de budgets par algorithme. Pourtant, bien loin d'une technique de gouvernement à distance, la politique menée par l'ARS à partir de la modulation conduit à une mise en relation constante des établissements avec sa tutelle et une structuration des rapports de négociations visant à l'attribution effective des budgets.

Au-delà de la définition de critères de répartition permettant de procéder à une dotation plus équitable des établissements, selon l'activité produite par les établissements, des caractéristiques socio-démographiques et/ou encore la densité d'acteurs médicaux et médico-sociaux sur le territoire, les ARS opèrent un mécanisme semblable aux mises en réserve, en utilisant cette péréquation, pour dégager des marges budgétaires en prélevant une proportion de la DAF. En 2014, 710 000 euros sont ainsi prélevés sur la DAF régionale de l'Aquitaine. Le référent « parcours de soins » de l'ARS s'y réfère comme faire « *main basse sur la DAF psychiatrie* » ou prélever « *la taxe du baron* » (novembre 2015) lorsque l'ARS s'octroie des budgets pour développer des mesures insuffisamment développées par les établissements de manière autonome. Ce budget est ensuite redistribué sous forme d'appels à projets (voir section C).

L'ARS Île-de-France ne procède pas une modulation à l'activité, mais *via* une simple tripartition des huit départements de la région, selon qu'ils sont identifiés comme « prioritaires », « intermédiaires » ou « non-prioritaires » du point de vue de la stratégie de santé mentale. Lorsque le taux d'évolution de la DAF est positif, comme c'est le cas depuis 2017, des coefficients de revalorisation différents sont affectés aux établissements selon le type de département dans lequel ils sont implantés. En plus du volume financier strictement reconductible, les établissements des départements prioritaires ont bénéficié en 2018 d'une revalorisation de 1,1 % d'une portion de la DAF, les établissements des départements intermédiaires de 0,7% et les départements non-prioritaires de 0,3%. L'utilisation de ces taux d'évolution différenciés permet à l'ARS en 2018 de se dégager une marge financière de 10 millions d'euros, qu'elle distribue ensuite *via* des appels à projets[1] (voir section C).

[1] La différence massive entre les budgets dégagés par l'Aquitaine d'une part et l'Île-de-France d'autre part tiennent à plusieurs raisons. D'abord l'année de référence n'est pas la même (2014 pour l'Aquitaine et 2018 pour l'Île-de-France) et tient aux données empiriques que nous avons pu recueillir. En 2014, l'Aquitaine n'a pas encore fusionné avec les autres trois autres régions et représente donc un espace beaucoup plus petit et donc moins doté que l'Île-de-France. Au-delà, les deux régions procèdent différemment. Alors que l'ARS Aquitaine utilise les modulations pour distribuer des budgets fléchés

2) Dégager des marges budgétaires : politiques du temps de travail et développement d'activités financées à la Tarification à l'Activité (T2A)

Les réductions budgétaires et les incertitudes introduites progressivement dans le mode d'attribution des financements hospitaliers incitent les établissements à dégager des marges budgétaires *via* la gestion interne (a) ou en explorant d'autres sources de financement (b).

a) Réformer le temps de travail pour faire des économies

Les deux établissements ont eu recours à la même stratégie visant à modifier les rythmes de travail des soignants pour dégager des ressources humaines et financières pour continuer à répondre aux injonctions des ARS de poursuivre leur réforme organisationnelle. Cette politique aboutit dans les deux établissements à la suppression de l'accord de Réduction du temps de travail (RTT), mis en place en 2002 à l'occasion de la réforme des 35 heures, *via* une réduction de vingt-huit à vingt jours de congés compensés (et avec elle une réduction du temps de travail journalier de vingt minutes). Ils y procèdent toutefois dans des contextes particulièrement différents que nous évoquons brièvement.

Le CHS Madeleine Pelletier : réformer le temps de travail pour éponger les dettes

Encadré méthodologique : l'enquête en Île-de-France centrée sur l'établissement Madeleine Pelletier (2014-2020)

L'enquête dans l'établissement Madeleine Pelletier a été menée dans le cadre d'une enquête collective. À la direction nous avons rencontré le directeur des affaires financières, le directeur des ressources humaines, le médecin en charge du DIM ainsi qu'un contrôleur de gestion, et un ingénieur qualité et une cadre de santé de la cellule qualité de l'établissement. Dans les services de soins, une vingtaine d'entretiens a été menée avec les médecins, mais nous nous concentrons ici particulièrement sur le développement d'activités en addictologie. Deux entretiens ont été menés avec l'addictologue en mars 2019 et septembre 2020.

L'ARS Île-de-France s'est révélée plus difficile à contacter. Après une série d'entretiens menés en 2015-2016 (N=4) avec différents agents de l'ARS, nos demandes de rencontres avec notamment les agents en charge du financement étaient systématiquement renvoyées

pour le développement d'activités ciblées, l'ARS Île-de-France préfère financer des projets à partir du budget constitué sur la DAF. Nous étudions ces mécanismes d'apparence différente dans la dernière section du chapitre.

à la référente Santé mentale ayant pris son poste à l'été 2019. Deux entretiens ont enfin été menés avec elle en juillet 2019 et octobre 2020.

Au début de l'année 2013, l'établissement Madeleine Pelletier est dans le rouge financièrement (déficitaire de près 0,9% de son budget global) et la direction entame un processus de négociation visant une modification du temps de travail des soignants paramédicaux. Cette proposition apparaît abusive au personnel qui a l'impression de devoir régler les dettes contractées par une direction dispendieuse. Les syndicats et les représentants de la Commission médicale d'établissement (CME) accusent notamment la direction de l'établissement d'avoir fait des choix trop onéreux au sujet la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier inauguré en 2012 ainsi que relativement à d'autres dépenses (concernant une cellule de communication, ainsi que le recours à des cabinets de conseil plutôt que de se fonder sur l'expertise des professionnels).

Au printemps 2013, une mission de l'IGAS est diligentée par la ministre de la Santé pour évaluer des solutions pour la réduction du déficit financier. Le rapport qui paraît à la fin de l'année fait état d'une situation budgétaire inquiétante et d'un dialogue social rompu. En effet, sous le regard inquisiteur des inspecteurs, le climat social se trouve à nouveau embrasé à l'été autour de la prévision d'une fermeture estivale pour certains services[1]. Pour faire face aux difficultés, les rapporteurs proposent un plan de retour à l'équilibre qui prévoit notamment de réformer le temps de travail des agents paramédicaux. La révision de l'accord sur le temps de travail cristallise les tensions entre la direction de l'établissement et les agents et conduit à une grève de très grande ampleur en 2014 durant près de six mois, prenant notamment la forme d'une courte grève des admissions à l'automne. Un « suivi » par l'Agence régionale de Santé, recommandé par le rapport de l'IGAS, est mis en place *via* une mise sous tutelle de l'établissement à l'été 2014. En cas de faillite, il est envisagé de « démanteler » l'établissement en confiant les secteurs dont il a la charge aux établissements généraux du territoire. La « *menace de la faillibilité* » (Juven et Lemoine, 2018) permet *in fine* à la direction intérimaire d'obtenir une révision de l'accord sur le temps de travail par la suppression de huit jours de congés. Finalement, la cession d'une partie du foncier détenu par l'établissement, bien qu'étant

[1] La baisse d'effectif médical, notamment l'été, pousse certains établissements à effectuer des regroupements de patients dans un service afin de fermer un service et diminuer le nombre de personnels nécessaires. Si certains discours tendent également à faire reconnaître la baisse effective d'activité due à des patients moins hospitalisés (en vacances dans leurs familles par exemple), les soignants ont tendance à le démentir. Un conflit de cette nature a eu lieu lors de nos observations durant l'été 2018.

un autre sujet de désaccords avec les professionnels, ainsi que la politique du temps de travail permettent de redresser les comptes financiers rapidement.

Le CHS Agnès Masson : redéployer les ressources humaines sur l'établissement pour développer des activités

En 2016, le budget global de l'établissement ayant diminué deux années de suite, le CHS Agnès Masson entreprend de « redéployer les ressources » au sein de l'établissement pour développer davantage les activités ambulatoires. Ce conseil est porté par le Directeur des affaires financières de l'ARS depuis plusieurs années, qui regrette que les établissements psychiatriques soient frileux aux pratiques de gestion :

> « Sur le thème vraiment financement de structures, les HP pour moi, avec cette richesse, ont une politique d'investissement très timide. Ça rentre dans des logiques de comportement de gestion. Sauf que c'est dommage parce qu'ils ont de la trésorerie, ce qui pourrait limiter le recours à l'emprunt, et donc l'impact de la charge de l'intérêt et pourraient en réfléchissant sur un temps pratique et à l'intensité du recours par exemple à des charges de personnel, dans un mode d'hospitalisation complète classique. Donc s'ils repensaient au niveau organisationnel, pour pouvoir investir... sur les vétustés par exemple qui sont très importantes. »
>
> DAF ARS Aquitaine, novembre 2015

Au début de l'année 2016, l'établissement projette de revenir sur l'accord sur les 35 heures. Le projet de réduction du temps de travail est finalement adopté, non sans heurt[1], et mis en place dès l'année 2017.

> « Le premier levier a été la politique de réduction du temps de travail de l'établissement. […] Ce qui nous a permis de faire des économies de postes à hauteur de 30 ETP, qui ont été laissés aux pôles, mais en contrepartie de création de structures ambulatoires et d'équipes mobiles essentiellement ou équipes pour articuler avec le secteur médico-social. […] On essaie d'avoir une politique active en renforçant notre suivi à travers ces équipes mobiles […] et en développant nos hôpitaux de jour et notamment ce qu'on essaie de développer de l'hospitalisation à domicile en psychiatrie. »
>
> DAF CHS Agnès Masson, juillet 2019

[1] Le 15 mars 2016, dans le contexte des grèves contre la loi El Khomri, un préavis de grève est déposé à la direction. La direction justifie son projet en mettant en avant précisément que les comptes sont alors à l'équilibre : il s'agirait donc du meilleur moment pour se dégager des marges de budget afin de développer de nouvelles activités. Les différents groupes syndicaux critiquent des restrictions de jours de congés non compensés. Ils mettent notamment en avant que la réduction du temps de travail va conduire à supprimer une personne par service par plage horaire – cet ETP personnel pouvant ainsi être redéployée sur de nouvelles activités – et donc alourdir la charge de travail de l'équipe. À nouveau à la fin de l'année 2017, des mouvements sociaux perlés accusent les conditions de travail particulièrement dégradées des soignants hospitaliers.

La réduction du temps de travail journalier des soignants a permis de dégager trente postes à temps plein, qui sont ensuite redéployés notamment sur des équipes mobiles. Cette mesure a également pour effet de désorganiser le rythme des unités, rendant notamment plus étroits les intervalles de transmission et diminuant le nombre de personnes présentes en même temps dans l'unité. Cette restructuration s'accompagne alors de fermeture de lits dans les unités en ciblant les personnes hospitalisées au long cours (plusieurs mois voire plusieurs années) pour lesquelles les services proposés par les équipes mobiles peuvent permettre un hébergement dans une structure non médicalisée ou un retour à domicile.

La confrontation des deux cas permet de mettre au jour la récurrence de l'usage du temps de travail des soignants comme une variable d'ajustement gestionnaire et budgétaire au sein des établissements (Vincent, 2016).

b) Développer des activités en T2A pour générer des budgets : l'exemple de l'addictologie au CHS Madeleine Pelletier

Pour dégager des marges budgétaires, une autre stratégie vise à diversifier les sources de financement pour ne plus compter que sur la DAF reconductible. L'ARS Île-de-France est engagée dans un mouvement d'augmentation des activités financées à la T2A à l'intérieur des établissements psychiatriques financés par la DAF. Cette pratique a émergé à l'ARS de Bourgogne au début des années 2010 et a été importée en Île-de-France par le recrutement d'un directeur d'hôpital, précédemment en poste en Bourgogne, au pôle financement de l'ARS Île-de-France. Cette pratique de l'ARS poursuit trois objectifs : diminuer la pression financière qui pèse sur l'ARS en faisant financer des activités par un autre organisme (Assurance maladie), renforcer une offre de soins complémentaire à la psychiatrie au sein même des établissements spécialisés et enfin induire un comportement plus résolument gestionnaire chez les professionnels (médicaux et managers) des établissements psychiatriques.

La référente santé mentale de l'ARS reconnaît qu'il est difficilement envisageable pour les établissements financés à la DAF de s'engager dans le développement de nouvelles activités sur fonds propres. Le recours à la T2A permet en revanche de dégager des recettes très rapidement.

> « ça marche bien avec les activités qui sont finançables en T2A parce que les établissements comme ça récupèrent quand même des recettes. Objectivement sur des activités qui sont purement psy et purement DAF, je comprends que ça puisse

> être compliqué [de développer de nouvelles activités] puisque ça renvoie à 100% à l'établissement. »
>
> Référente Santé mentale, ARS IDF, août 2019

L'ARS qui ne possède que peu d'expertise institutionnelle relative à la T2A (puisqu'elle n'a pas la charge de financer les établissements à la T2A) s'appuie pour cela sur l'expérience de ces agents dans le domaine. La référente Santé mentale, recrutée à l'été 2019 à l'ARS Île-de-France, a été familiarisée à l'enjeu de la création de service T2A à son poste précédent, à la direction d'un établissement général en Île-de-France, par la conduite de projet d'ouverture de nouvelles activités dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

> « On avait fait le choix de le coter comme de la T2A, mais … Nous [dans le précédent établissement] on avait le choix, on avait vu qu'il y avait un petit risque en cas de contrôle de la CPAM, même si on l'a fait de façon transparente avec tout le monde. Mais ce sont des venues qui sont itératives et donc on n'est pas exactement sur le fonctionnement d'un hôpital où éventuellement on revient, mais en tout cas, pas 24 fois d'affilée. Donc on est un peu borderline sur ce sujet, mais on l'a fait de manière transparente. On l'a fait avec le Département de l'information médicale, il a cherché pour voir comment on pouvait valoriser bien. Il y a aussi les soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale et hospitalisées pour ça, et là on a un travail de reconversion et réorientation à faire. (…) Donc là on a une doctrine ARS à finir de fixer et petit à petit à déployer. »
>
> Référente Santé mentale, ARS IDF, août 2019

En 2020, le CHS Madeleine Pelletier a ainsi fait basculer son activité de médecine générale en T2A avec le concours de l'ARS et a développé une offre de soins complémentaires en addictologie grâce à un financement T2A.

L'addictologie est un sujet d'intérêt pour un hôpital psychiatrique. La lutte contre les addictions est un sujet de premier plan dans le secteur de la santé depuis quelques années bénéficiant ainsi d'une aura particulière auprès des financeurs, plus disposés à mettre la main au portefeuille que pour d'autres actions.

L'addictologie s'est structurée tardivement en France, comme une spécialité médicale à part entière, dans les dernières décennies du XX^{e} siècle (Bergeron, 1999). Le suivi en addictologie présente des caractéristiques communes aux soins psychiatriques (prise en charge au long cours, consentement intermittent, ruptures de soins fréquentes), et les patients soignés en psychiatrie présentent fréquemment des troubles addictifs, et inversement : « *Un des premiers éléments de tout passage à l'acte, c'est l'usage de substances. Si vous prenez le risque suicidaire ou les passages à l'acte hétéro-agressifs chez les patients schizophrènes, bipolaires*

et tout, ils sont démultipliés s'il y a des problèmes d'usage de substances, que ce soit de l'alcool ou des stups. » (Psychiatre-addictologue, cheffe du service addictologie, CHS Madeleine Pelletier, février 2019). Pourtant la coordination professionnelle entre psychiatrie et addictologie révèle des difficultés professionnelles et organisationnelles. Le service d'addictologie du CHS Madeleine Pelletier déploie d'importantes ressources relationnelles et organisationnelles pour structurer l'offre de soins en addictologie dans un environnement, sinon hostile, du moins indifférent à ces activités.

L'établissement Madeleine Pelletier, dispose d'un Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui s'inscrit sur quatre communes différentes. Ces centres proposent principalement des consultations ambulatoires et dispensent les médicaments de substitution (subutex et méthadone) sur prescription[1]. Le CSAPA est financé sur le budget du Fonds d'intervention régional. Depuis 2012, une Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) renforce ce dispositif avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers et éducateurs) intervenant auprès des personnes hospitalisées en appui des équipes hospitalières. Sur demande des médecins, l'ELSA se déplace dans les services pour effectuer un diagnostic de la situation et accompagner le médecin dans les choix constituant la stratégie thérapeutique. Cette équipe bénéficie d'un autre type de financement sur les enveloppes des Missions d'intérêt général (MIG)[2]. Parallèlement, l'équipe développe par le biais d'un appel à projets « addictions » lancé par l'ARS, des outils de formalisation des connaissances en addictologie pour permettre une meilleure pénétration des savoirs en addictologie au sein des services. Le projet prévoit notamment l'inscription sur le logiciel du Dossier patient informatisé (DPI) d'un questionnaire relatif aux pratiques tabagiques permettant aux professionnels en service d'évaluer les risques et de faire appel éventuellement à l'équipe ELSA pour suivre le patient.

Grâce à un travail concerté entre le DIM et les autres services de la direction ainsi que l'équipe addictologie, l'établissement Madeleine Pelletier a également développé un projet d'hôpital de jour (HDJ) Psychiatrie-addictologie finançable en T2A[3]. L'addictologie fait partie

[1] Sur l'introduction tardive des produits de substitution en France, voir (Bergeron, 1999).

[2] Les MIG sont un complément financier que reçoivent les établissements de santé, qu'ils soient financés en T2A ou en DAF, pour assurer des missions dites « non-thérapeutiques » que sont la prévention, la recherche et l'enseignement principalement.

[3] Le financement d'un HDJ psychiatrie-addictologie en T2A n'a rien d'évident. Dans l'établissement aquitain Agnès Masson, un HDJ similaire a été ouvert au début des années 2000. Le projet a été imaginé sur le modèle d'un financement T2A. Alors que le projet était déjà largement enclenché, la direction de l'établissement a reculé. La faible disponibilité du service du DIM, nous le verrons plus loin, et l'absence

des rares activités connexes à la psychiatrie qui peuvent être financées sous un régime T2A dans un établissement psychiatrique financé à la DAF. A côté de la nécessité de cette structure du point de vue médical, l'addictologie présente ainsi l'avantage, pour un établissement spécialisé financé par la DAF de lui octroyer des ressources financières supplémentaires, de développer des activités sans impacter son budget global récurrent. Dès lors que la structure est fonctionnelle, elle génère quasi instantanément une facturation auprès de l'Assurance maladie et s'autofinance. La concrétisation de ce projet d'hôpital de jour est rendue possible par la préexistence des locaux – l'établissement n'ayant pas à investir dans l'achat ou la location de bâtiments. La projection économique, effectuée en collaboration entre le Département de l'information médicale (DIM) et la cheffe du service d'addictologie permet d'anticiper les retombées financières en fonction du nombre de patients pris en charge. Pour que la structure se pérennise il faut donc que la prévision s'approche ensuite au plus près de la facturation réelle. Des rencontres régulières avec le Directeur des affaires financières permettent également de garder un œil sur les comptes complexes des multiples structures du service d'addictologie dus à un financement multiple (projets, MIG, FIR, T2A).

En même temps que l'obtention de l'autorisation pour l'HDJ addictologie et psychiatrie, l'établissement Madeleine Pelletier a obtenu une autorisation en médecine. Le CHS présentait d'ores et déjà un contingent en médecins généralistes plus élevé que dans la plupart des établissements : six médecins généralistes, séniors et internes, sont en poste à Madeleine Pelletier, contre seulement deux à Agnès Masson, malgré une taille d'établissement et une file active similaires. Là aussi, c'est un intense travail avec la cheffe du service de médecine générale, le DIM, la direction de l'établissement et l'ARS qui a permis l'obtention d'une autorisation en médecine ouvrant le financement des actes de médecine générale en T2A. Dans ce cadre-là, il s'agit d'un gain brut pour l'établissement puisque l'équipe de généralistes continue de fonctionner peu ou prou comme précédemment, mais permet à l''établissement de facturer à l'assurance maladie des activités qui, avant le financement T2A, impactaient sa DAF.

Le basculement des modes de financement et le développement de nouvelles activités finançables en T2A présentent un intérêt évident pour les établissements pour diversifier les sources et augmenter le montant des financements. L'ARS a également un intérêt particulier à

d'expérience du DAF, qui n'a jamais « pratiqué la T2A », ont fini par avoir raison du financement en T2A. Il est aujourd'hui question de faire basculer son financement sur une T2A, dans le cadre du regroupement en GHT. L'hôpital universitaire voisin disposant déjà d'un HDJ addictologie financé en T2A, le transfert apparaît aujourd'hui non seulement souhaitable mais également possible.

accompagner les établissements vers la recherche d'autres sources de financement. Le financement en T2A suppose que les factures sont honorées par l'Assurance maladie, et non sur les fonds distribués par l'ARS (du FIR, des MIG ou des enveloppes DAF). Au-delà, les agents de l'ARS ainsi que les membres de la direction de l'établissement évoquent très positivement cette « acculturation » progressive de la psychiatrie à la T2A et aux logiques gestionnaires.

Finalement, le principe d'un financement unique et récurrent de la psychiatrie se fissure progressivement. La contrainte budgétaire qui pèse sur les dépenses de santé incite au contraire les acteurs, tutelles et établissements, à recourir à des stratégies d'adaptation qui promeuvent *in fine* une réforme organisationnelle des activités psychiatriques. Ces adaptations donnent en effet lieu à une diversification conjointe des types de financement et des activités pratiquées en psychiatrie allant vers davantage de soins ambulatoires et qui valorise une pluralité de prises en charge. L'introduction progressive de marges d'incertitude quant à la reconduction des budgets et la mise en concurrence des établissements publics et des établissements privés laissent finalement apparaître un marché, certes fortement régulé par un corpus de réglementation, mais qui privilégie des formes, parfois discrètes, de concurrence et financement à la performance (*via* les modulations liées à l'activité). Cette mise en marche progressive induit peu à peu des mécanismes gestionnaires à au moins deux niveaux. D'abord les pratiques gestionnaires très concrètes (temps de travail, T2A) constituent des leviers budgétaires pour les établissements qui en dégagent des marges financières leur permettant de poursuivre leur réforme organisationnelle. A un second niveau, l'atténuation progressive de la distance des acteurs de la psychiatrie et des pratiques gestionnaires, passant par leur enrôlement (codage du RimP, développement d'activités en T2A) induisent un gouvernement à distance des conduites professionnelles incitant les professionnels à incorporer des conduites gestionnaires.

C. La bonne distance du gouvernement des conduites par le financement sur projets

> « *Le nouveau management propose donc bien quelques réponses à la critique de désenchantement promouvant la production de produits adaptés à la demande, personnalisés, et satisfaisant de « vrais besoins » ainsi que des modes d'organisation plus personnels et plus humains. De même il satisfait les demandes de libération de l'emprise de la bureaucratie associées à la critique du second esprit*

> *du capitalisme. Ces deux dimensions contribuent à lui conférer saillance et attrait, alors même qu'il s'avère assez désarmé sur le plan des dispositifs de sécurité et qu'il repose sur une forme de justice qui, tout en présentant des caractères dont on peut penser qu'ils sont très spécifiques, demeure encore largement implicite.* »
>
> Conclusion du premier chapitre (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 165)

Dans *Le Nouvel esprit du capitalisme,* Luc Boltanski et Eve Chiapello (1999) ajoutent aux « cités de justification » précédemment mises au point avec Laurent Thévenot (Boltanski et Thévenot, 1991) la « cité par projets ». Celle-ci se caractérise par la prolifération des liens et l'extension de réseaux d'acteurs, plus ou moins fermés et plus ou moins temporaires selon les configurations. Ils montrent notamment les écarts d'avec la « cité marchande » dont nous retenons particulièrement cette propriété prêtée au projet de se déployer dans des relations personnelles – par opposition aux rapports impersonnels qui dirigent les marchés. En effet le *projet* est caractéristique de nouvelles pratiques de gestion, qui se déploient dans la sphère publique (et dans des marchés privés et souvent à partir d'eux) dans le cadre de la montée en puissance des logiques managériales déjà documentée dans le domaine de la justice (Vigour, 2018) ou de la recherche académique (Barrier, 2011 ; Jouvenet, 2011). Il s'impose progressivement comme un *instrument* privilégié d'une action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004) en partie débarrassée de ses réflexes strictement bureaucratiques et dans le cadre d'un redéploiement territorial de la puissance publique. Le domaine de la santé ne se dérobe pas, bien au contraire, à cette transformation de fond.

Nous explorons les tensions structurantes qui animent le projet en tant qu'instrument d'action publique et ses effets en nous interrogeant sur les variations d'échelle de gouvernement qu'il suppose et rend possibles.

Le projet est une forme singulière, presque pure et parfaite, de *territorialisation* du soin (Miller et Power, 2013), au sens de la mise en économie et en comptabilité. La notion renvoie ici à la définition de l'échelle du soin qui est co-construite par les ARS et les établissements dans le cadre du financement sur projets. Alors que dans le cadre de l'allocation des enveloppes DAF, l'espace d'intérêt est celui de l'établissement tout entier, voire d'un territoire, les appels à projet tendent à fragmenter cet ensemble en une série de micro-unités (un service, un petit groupe de professionnels, un public spécifique ou encore une pratique). Ce processus d'atomisation du soin psychiatrique constitue un levier de « pilotage de proximité » des activités de soins au plus près des équipes qui portent les projets. Si la mise en projet conduit à réduire à la fois la taille des objets observés et la distance entre les acteurs (régulé-régulateur

ou offreur-payeur), elle autorise néanmoins des effets, plus diffus bien que structurants, portés par un *gouvernement des conduites* (Dubuisson-Quellier, 2016) qui s'appuie sur les projets et agit « à distance » des gouvernés.

Par le truchement des projets, l'ARS contribue à induire une logique économique rationnelle (l'efficience) dans le développement des activités psychiatriques qui tend à produire des comportements visant la performance (1). La mise en projet promue par les ARS valorise une « co-construction », qui suppose des relations de très grande proximité entre les agents de l'ARS et les établissements, et permet de caractériser le projet comme un instrument de structuration des conduites organisationnelles, au niveau régional et local (2). Enfin, l'essence-même des projets est d'exposer et d'induire des capacités prospectives plus ou moins standardisées chez les porteurs de projet, qui s'attachent difficilement à leur conception du travail de soin (3).

1) Gouverner les conduites économiques

La compétition en vue de la captation de budgets supplémentaires dans le cadre d'appels à projets place les établissements, et plus précisément les équipes de soins, en situation de concurrence sur un même territoire. Cette concurrence est organisée par l'État et selon ses règles, qui s'apparentent à l'introduction progressive d'une logique de marché dans le financement des services publics (Le Galès et Scott, 2008 ; Le Lidec, 2020). Cette concurrence, à l'intérieur d'un marché fermé (la région), est bornée par les ressources inhérentes aux établissements d'une part (compétences dans l'établissement, espace disponible, file active-cible) et régulée par la forte stabilité des attentes de l'ARS dans le développement, qui, bien qu'elles ne s'alignent pas toujours sur les aspirations cliniques des équipes de soins, permet néanmoins aux établissements d'anticiper la demande de l'ARS.

La mise en projet fait correspondre une activité à un budget. Elle conduit donc à une mise en équivalence, même instable, et à l'attribution à un moment du *prix juste.* Pour le déterminer, l'ARS s'inscrit constamment dans une démarche de négociation visant à diminuer le prix (le montant alloué) et/ou augmenter le volume de l'activité à produire (ou à modifier les qualités du projet), qui peut induire un désajustement du budget alloué à une activité par rapport à son coût. Le financement sur projets ainsi pratiqué présente donc trois effets majeurs : il conduit les établissements à co-financer les activités financées sur appel à projets, il incite les

professionnels à intégrer une norme d'efficience économique, enfin il contribue à établir progressivement une convention tarifaire entre les activités.

L'ARS Aquitaine procède à un financement sur projets intégré dans son modèle de modulation régionale. Si l'acceptabilité de ce mécanisme est portée par un discours visant à l'équité des financement (« *Le cœur de notre métier c'est vraiment l'équité des financements* », Responsable des notifications au sein du pôle financement, l'ARS Aquitaine, juillet 2016), l'ARS lui adosse une politique de pilotage des activités par projets qui conduit à inciter à la recherche de l'efficience et de la performance.

Le modèle de modulation développé en Aquitaine est fortement relatif et produit un classement des établissements par l'identification d'établissements sur-dotés (produisant moins d'activité que la moyenne par euro encaissé) et d'autres sous-dotés (produisant plus d'activité par rapport à la moyenne par euro encaissé). À l'issue du classement permis par le modèle de l'ARS, les établissements identifiés comme sur-dotés sont invités à présenter un projet pour justifier de la reconduction pleine et entière de leur DAF. Ils ne recevront pas de budgets supplémentaires pour le développement de cette activité, mais prennent le risque, s'ils ne développent pas d'activité qu'une somme soit retranchée de leur budget.

> « La grande différence c'est qu'en 2018 il n'y a pas eu de modulation négative. Il n'y a eu de modulation que positive. Donc les établissements qui ont été analysés comme sur-dotés n'ont pas été pénalisés. Par contre, on a considéré que c'était une forme de sur-dotation, et les crédits leur ont été alloués sous réserve de développement d'activités correspondant au montant de cette sur-dotation. »
>
> DAF, CHS Agnès Masson, Aquitaine, juillet 2019

Après trois années consécutives de baisse de sa DAF (2014, 2015 et 2016)[1] dues à la fois aux démarches d'économie national et à sa comparaison avec les seuls établissements d'Aquitaine, l'établissement Agnès Masson compte ensuite parmi les établissements sous-dotés de la grande région Nouvelle-Aquitaine et se voit réattribué en 2017 et 2018 des modulations positives. En 2018, une somme de 730 000 euros, soit environ 0,8% du budget du CHS Agnès Masson issu de la DAF, est identifiée comme « manquante » à cet établissement. À partir de ce constat, l'ARS pourrait choisir de re-doter ou « rebaser » les budgets des établissements

[1] La première année, en 2014, 30 000 euros sont retirés de son enveloppe globale, ce qui demeure invisible sur un budget DAF de près de 80 millions d'euros. Les années suivantes, les mesures d'économie nationale pèsent plus fort sur la DAF de psychiatrie et ce sont 120 000 euros en 2015 puis 360 000 euros en 2016 (soit 0,4% de sa DAF) qui sont soustraits à son budget de fonctionnement. Alors qu'entre 85% et 90% des dépenses de fonctionnement d'un établissement spécialisé en psychiatrie sont couvertes par les ressources humaines, une ponction de 360 000 euros peut conduire à une réduction de quelques postes.

identifiés comme sous-dotés pour combler leur moindre financement. Au contraire, là aussi la procédure de ré-allocation se couple à une démarche sur projets. Le CHS Agnès Masson est alors invité par l'ARS à développer un nouveau projet pour justifier de la nécessité de cette somme.

> « Moi, les modulations DAF ça m'a permis d'obtenir 730 000 euros de budget supplémentaire l'année dernière par exemple. […] Les établissements dits sous-dotés, ce qui était le cas de notre établissement, on nous a dit « quels sont les projets pour lesquels cette compensation de sous-dotation va vous permettre de financer ? ». Ce qui est quand même assez ambigu… Puisqu'on considère que vous êtes sous-dotés et que c'est pour ça qu'on vous donne des crédits supplémentaires, mais on vous dit que cette dotation doit permettre de financer de nouvelles activités. Sachant que notre DAF c'est 86M d'euros, donc on était sur 0,8%. C'est important dans des temps où le taux d'évolution de la DAF se balade entre 0 et 0,45. »
>
> DAF, CHS Agnès Masson, Aquitaine, juillet 2019

Comme le décrit le DAF de l'établissement, cette procédure apparaît effectivement « ambiguë ». Quel que soit le statut en niveau de dotation d'un établissement, sur ou sous-doté, il lui est systématiquement demandé de développer de nouvelles activités. Dans ce contexte, il affirme que les conditions pour créer de nouvelles activités sont très précises et qu'il s'agit plus souvent de renforcer des activités déjà existantes : « *Ce qu'on a fait cette année, avec les 730 000 euros c'est qu'on a créé un service de post-urgence de 5 lits. Et on a renforcé notre réseau mère-enfants. On a pu le faire parce que la structure et les locaux étaient déjà existants puisque j'avais reconstruit le service d'urgence en 2014* » (DAF, CHS Agnès Masson, Aquitaine, juillet 2019). Le DAF explicite ici la logique de co-financement qui prévaut dans la logique des projets. L'établissement « renforce » un réseau mère-enfant déjà existant et profite de la réallocation pour faire fonctionner un service d'urgence qui avait été préalablement rénové, sur fonds propres.

Plutôt qu'un levier de réduction des inégalités de financement existantes, les modulations de la DAF opérées en Aquitaine apparaissent davantage comme une incitation des établissements à la performance visant à produire plus de soin à moyens constants.

Dans leur modèle, Peter Miller et Michael Power (2013) identifient l'*attribution* (*adjudicating*) parmi les rôles-clefs de la comptabilité et précisent que l'attribution d'une valeur à un objet (une journée d'hospitalisation, un hôpital, un secteur de soins, ou un professionnel) permet un classement entre eux et induit des comportements de performance visant à augmenter sa valeur pour soi et par rapport aux autres. L'ARS dit identifier les établissements sur et sous-dotés par son calcul de la DAF activité par rapport à celle de la DAF reconductible. La politique

de re-dotations qu'elle conduit sur la base des projets correspond mieux à un classement à la performance des établissements, qu'elle cherche à accroître continuellement.

En Île-de-France, à partir de la marge financière régionale dégagée sur l'enveloppe de la DAF, le montant attribué par projet « *ne dépasse jamais les 200 ou 300 000 euros par projet* » (Référente santé mentale, ARS IDF, octobre 2020). Les établissements sont donc invités à prendre en compte cette contrainte dans leurs propositions. Dans le processus de négociation, l'ARS est amenée à préciser un peu ses attentes quant à la contrainte budgétaire en cherchant à diminuer le prix à payer pour la prestation (du moins le prix payé par l'ARS, en incitant au co-financement) ou à augmenter le volume d'activité. La référente Santé mentale reconnaît inviter fréquemment les établissements à augmenter la file active du projet déposé et entend explicitement promouvoir chez eux une « *logique d'efficience* ». Le constat d'une file active « faible » provient davantage de l'écart entre la proposition du projet et le besoin de soins identifié sur le territoire que d'un calcul comptable des coûts de production. Pour autant, la mise en équivalence d'un volume d'activité et d'un montant financier contribue bel et bien à installer progressivement une commensurabilité économique des activités de psychiatrie.

L'imposition des coûts de production (plutôt que leur calcul) et l'introduction de la performance économique sont intimement liées entre elles puisque la mise au jour de variances de coût conduit à prendre comme référence le coût le plus faible (Miller et O'Leary, 1987). La démarche de la Nouvelle Aquitaine est exemplaire de cette intrication puisqu'en comparant les établissements entre eux, le modèle parvient à identifier des indices de coûts par unité d'activité (une journée d'hospitalisation, un entretien en CMP). Le calcul analytique et/ou la mise en équivalence des activités et des budgets construit une métrologie des activités psychiatriques qui rend *in fine* les activités de soins commensurables selon une logique de performance (Miller et O'Leary, 1987).

Comme nous l'avons noté dans le cadre du développement d'une activité T2A au CHS Madeleine Pelletier, la logique du projet vise explicitement à induire des comportements de gestion (économique et de projets) chez les acteurs hospitaliers. Les logiques promues par les projets (gestion, efficience, responsabilisation, évaluation) se diffusent à l'intérieur des établissements, notamment *via* la « contractualisation interne » « *à travers la fongibilité des dépenses médicales et non-médicales, le pilotage de l'ensemble des dépenses en personnel laissé aux pôles* […] *ça permet surtout de mutualiser les ressources et d'être en capacité de re-déployer sur des activités nouvelles* » (DAF CHS Agnès Masson, Aquitaine, Juillet 2019). Le DAF de l'établissement utilise un vocabulaire très positif pour qualifier l'expérience de la

contractualisation interne. La « *responsabilisation* » financière des acteurs hospitaliers produit des « *pratiques vertueuses* » qui conduisent l'établissement à « *faire des économies* ». Lorsque l'établissement est excédentaire en fin d'année, les pôles se voient réattribuer les budgets restants pour développer des activités nouvelles. Ce système s'apparente à un intéressement des pôles sur la performance de l'établissement et conduit à initier les personnels médicaux aux mécanismes gestionnaires.

Les pôles hospitaliers exploitent les ressources ainsi dégagées (non-remplacement de congés maternité, faible recours à l'intérim, fonctionnement en effectif minimum) pour « basculer » sur l'ambulatoire. Le modèle promu par l'établissement suppose de réduire les capacités d'hospitalisation au profit de la création d'équipes mobiles chargées de « faire le lien » avec les patients pris en charge à leur domicile ou dans une structure d'hébergement. Une innovation, présentée fièrement par l'établissement (y compris les acteurs médicaux) et l'ARS, tient à la création d'une équipe spécialisée dans les prises en charge de liaison dans les structures médico-sociales. Cette solution organisationnelle vise à répondre aux difficultés rencontrées par les équipes hospitalières pour obtenir une place dans une structure d'aval pour des patients sans domicile et/ou en perte d'autonomie et qui pèsent considérablement sur les durées de séjour hospitalier. L'équipe mobile psychiatrie et médico-sociale propose donc de poursuivre les soins psychiatriques de la personne placée (traitement, consultations, accueil en hôpital de jour, accueil thérapeutique, etc.) et s'engage à la ré-hospitaliser rapidement en cas de dégradation de son état et de son comportement. Cette activité menée à peu de frais (trois professionnels en moyenne, dont un mi-temps médical) renforce les liens avec les acteurs médico-sociaux du territoire et permet d'obtenir un accueil plus rapide des patients. Dans ce cas, la réponse formulée par les professionnels à l'impératif gestionnaire (réduire les coûts en personnel, fermer des lits) a assimilé les attentes des professionnels. Ce fonctionnement décrit un secteur psychiatrique « idéal » où les coûts liés aux déplacements sont pris en charge, les professionnels conservent un lien durable avec le patient, développent des liens d'interconnaissance solides avec les acteurs locaux. Un médecin du pôle de rattachement de l'équipe décrit cette initiative comme une « *grande aide* » dans la « *gestion des flux* » de patients (octobre 2017). En effet, ce modèle réticulaire permet d'optimiser la circulation des patients entre un ensemble de points, diminuant ainsi la place de l'hôpital dans le réseau.

Sur le plan de la gouvernance, ce fonctionnement permet également de protéger la direction en lui donnant un rôle de financement (la distribution des budgets par pôles en début d'année) et d'appui aux équipes pour rédiger un projet, procéder à une transformation de l'offre

de soins. Il la dépossède en revanche du monopole de la contrainte financière, qui est en partie délégué au pôle en les dotant de fonctions managériales. Les règles du jeu sont ainsi fixées par la direction, toutefois c'est bien parce que les joueurs (en première ligne les chefs de pôle) s'y conforment qu'elles perdurent et se réalisent dans leurs pratiques managériales.

L'introduction d'une logique économique et gestionnaire prend la forme d'une incitation à la performance qui produit des effets organisationnels structurants, au sein de l'établissement (*via* la contractualisation interne) et entre ARS et établissements.

2) Gouverner les conduites organisationnelles

Le projet est traversé par une tension structurante. Il relève à la fois d'une logique marchande (négociation sur le bien et sur le prix, mise en concurrence, principe de l'offre et de la demande) et d'une logique bureaucratique (procédure hiérarchique, cadrage normatif, procédures de validation). Partant, il contribue à structurer l'action collective en psychiatrie en ré-organisant les relations entre offreurs de soins et financeurs.

Martin Giraudeau et Frédéric Graber (2018) se sont attachés à définir le *projet*. Une première définition apparaît *a priori* satisfaisante : le projet s'opposerait voire ferait rupture avec la routine, notamment bureaucratique. Si cette définition par la distinction apparaît séduisante à première vue, ils lui reprochent de penser des routines bureaucratiques sèches et froides, telles que Max Weber (2008) semble les décrire, mais très éloignées de ce que l'exploration empirique des organisations nous apprend depuis les années 1970 sur les pratiques informelles en cours dans les administrations (Crozier, 1971 ; voir aussi Benamouzig et Borraz, 2016). Ensuite, considérer le projet comme rupture constitue une reprise au premier degré du discours managérial qui cherche à masquer la standardisation formelle et processuelle des projets. Finalement, la recherche des auteurs aboutit à une meilleure définition du projet comme étant un programme pour l'action certes, mais « *qui doit être l'objet d'un examen préalable par une instance de validation ou de financement* » (Graber et Giraudeau, 2018, p. 10). Par rapport à d'autres modes d'action, le projet est présenté et soumis à acceptation auprès d'un « guichet ».

Toutefois, la forme finale du projet ne rend que très peu hommage à la manière progressive, sinueuse et parfois chaotique d'envisager le développement d'une activité à l'hôpital. Le financement par projet se déroule dans des temporalités heurtées qui ne procèdent

pas d'un schéma calendaire strict que l'on peut décrire selon le schéma suivant : 1) publication d'un appel à projets ; 2) imagination et rédaction d'un projet ; 3) évaluation, acceptation et financement ; 4) réalisation, et 5) évaluation de la réalisation.

Souvent, la réalisation du projet est amorcée avant que le financement ne soit accordé. Ce bousculement du calendrier peut valoir de stratégie de la part des porteurs de projets pour maximiser les chances de l'emporter (voir l'analogie avec les projets de recherche dans le monde académique Graber et Giraudeau, 2018, p. 272) et/ou devenir un prérequis du financeur. L'ARS Île-de-France prévoit en effet de valoriser progressivement les projets qui bénéficient d'une « mise d'amorçage » de la part des établissements pour accorder son financement.

> « De ce que je vois, c'est quand même beaucoup de demandes de mesures nouvelles avec rien, et « si vous ne donnez rien on fait rien », petit à petit si on pouvait faire évoluer un petit peu les mentalités ça me semble un mode de fonctionnement qui est vraiment bon. Une petite mise d'amorçage, des évaluations très régulières, sans viser tout de suite de pérenniser. »
>
> Référente Santé mentale, ARS IDF, août 2019

Prolongeant la logique de co-financement identifiée plus haut, les établissements sont incités à démarrer des activités nouvelles sur leurs fonds propres, avant de déposer une demande de financement auprès de l'ARS. Le projet en addictologie visant à inscrire un outil d'évaluation et de prévention des pratiques tabagiques dans le DPI de l'établissement Madeleine Pelletier résulte de cette logique promue par l'ARS. Le projet a été lancé à l'initiative de l'équipe d'addictologie, rendu possible par le travail d'une interne qui a rédigé sa thèse sur le sujet : « *Donc, on avait testé cet outil « Assist » en sollicitant des professionnels des services pour le faire passer à des patients, pour voir qu'est-ce qu'ils en pensaient dans l'usage s'ils avaient à l'employer. Les résultats étaient plutôt très positifs de la part des professionnels.* » (Psychiatre-addictologue, cheffe de service, CHS Madeleine Pelletier, février 2019). L'existence du projet et son évaluation positive contribuent à voir le projet retenu par l'ARS dans le cadre d'un financement spécifiquement dédié aux addictions, après quelques modifications substantielles. Alors que le porteur de projet demandait deux équivalents temps plein pour une durée de trois ans pour déployer l'outil dans tous les services et mettre en place des formations en addictologie auprès des services dans le cadre d'un projet global de prévention des risques, l'ARS accorde un financement équivalent à un mi-temps paramédical pour un an. Ainsi redimensionné, le projet a perdu de son ampleur. La sage-femme recrutée, pour une année à mi-temps, poursuit un objectif d'identification des marges concrètes (à la fois techniques dans le DPI, et professionnelles dans l'interaction avec les services de soins) dans

lesquelles peut se déployer l'outil Assist. La cheffe du service d'addictologie confie en entretien (septembre 2020) espérer pouvoir ensuite obtenir de l'établissement un mi-temps infirmier pour une ou deux années afin de « fidéliser » les équipes à l'usage de l'outil de prévention. La diminution du financement entraîne dans ce cas, comme dans d'autres, la multiplication des postes de « coordonnateurs », souvent à mi-temps, visant à installer des relations et des routines organisationnelles dans l'établissement, plutôt qu'à faire du soin.

La logique de co-financement permet d'infléchir les effets organisationnels potentiels dans la répartition des rôles des acteurs. Alors que la négociation d'un projet entre une équipe de soins et l'ARS paraît court-circuiter la position du directeur d'établissement[1], la logique de co-financement intègre le niveau établissement en lui confiant le soin d'amorcer et/ou de poursuivre les activités financées sur projet par l'ARS[2]. Le recours au calendrier inversé fait également entrer les établissements en situation d'incertitude quant au financement effectif de l'activité. Le Directeur des ressources humaines de l'établissement Madeleine Pelletier donne l'exemple d'un projet sur la prise en charge des psycho-traumatismes qui n'a pas été retenu par l'ARS :

> « Les meilleurs arguments actuellement c'est d'avoir un projet innovant qui a de l'intérêt pour l'établissement. Par exemple, un moment donné il y a eu un projet sur les psycho-traumatismes. Les équipes sont venues négocier des ressources supplémentaires. Ils demandaient des financements en amont, sauf qu'il se trouve que l'établissement n'a pas été retenu. Alors on a mis un peu de temps médical sur le psycho-trauma, on a gardé le projet, mais on n'est pas labellisé. On est parti sur des projets sur la remédiation cognitive qui nous amène à créer un poste de neuropsychologue, mais là c'est pareil, on ne sait pas encore si on va avoir les financements… ça rentre dans le cadre d'appels à projets nationaux. Donc on met en place, mais on ne sait pas si ce sera financé. [...] Le projet peut s'arrêter ou alors il peut continuer sur nos propres moyens si on trouve le moyen de le faire continuer. Typiquement les psycho-trauma, on a un médecin qui y consacre un mi-temps et donc on a maintenu une activité d'accueil du public en EMDR [Eye movement desensitization and reprocessing] – bon bah le médecin fait un peu défaut à son service, on n'a pas beaucoup de marge. Mais on peut être amené aussi à dire on arrête, c'est un risque. »
>
> DRH, CHS Madeleine Pelletier, juillet 2019

[1] Frédéric Pierru a notamment fait cette hypothèse (« à confirmer ») lorsqu'il étudie l'importation de logiques gestionnaires à l'hôpital : « *le renforcement de la centralisation et de la bureaucratisation, incarné par la multiplication de hiérarchies intermédiaires se contrôlant les unes les autres, rogne aussi bien l'autonomie des agents de terrain que celles des directeurs* » (2012, p. 51).

[2] Les changements managériaux portés par la réforme des Groupements hospitaliers de territoire (Schweyer, 2018) devront être analysés dans de prochains travaux pour observer leurs effets sur le processus de négociation, de financement et d'évaluation des projets.

Dans le détail, le projet sur les psycho-traumatismes a été entrepris par une équipe qui demandait un financement sur fonds propres de l'établissement. La direction de l'établissement a évalué positivement ce projet de développement d'une nouvelle activité et s'est engagée à financer le démarrage du projet sous réserve que l'équipe dépose une demande de financement supplémentaire auprès de l'ARS. Le refus de financement de la part de l'ARS place l'établissement dans une situation financière difficilement tenable pour la pérennisation du projet et donne lieu à un arrangement interne : la préservation d'un mi-temps médical sur le projet des psycho-traumatismes sans qu'il ne soit compensé dans son service de rattachement.

Pour écarter le risque de ces situations de désajustement (un projet est amorcé sur fonds propres, mais ne donnant pas lieu à un financement spécifique de la part de l'ARS), et corriger les effets pervers induits par les appels à projets (renforcement des inégalités de ressources, perte de temps de soins pour les équipes, incertitudes sur la pérennisation des financements qui peut atteindre les efforts que l'on met dans le lancement d'un projet), des aménagements , parfois marginaux, sont mis en œuvre par l'ARS.

> « On fonctionne beaucoup par appels à projets. Mais là l'agence évolue un peu et au lieu de faire des appels à projets et les gens répondent au cahier des charges selon la grille qu'on leur demande c'est d'aller plutôt faire des appels à initiative, avec des lettres d'intention pour que ce soit plus court pour les acteurs, et qu'on co-construise après avec eux. […] Après il faut aller les chercher. Ce que je commence à comprendre c'est qu'il y a des champions du monde de la réponse à appel à projet et en IDF il y en a, avec des dossiers nickels, très propres, très cadrés. Sauf que au fin fond du 77, ils ont déjà du mal à survivre et ils ont du mal à répondre aux appels à projets et eux, le travail c'est d'aller les chercher parce que c'est là qu'il y a des besoins. »
>
> Référente Santé mentale, ARS IDF, août 2019

L'ARS intervient en amont de la réception du projet pour préciser ses attentes et accompagner le porteur de projet dans le cadrage de l'offre, réduisant ainsi l'importance de la phase formelle d'évaluation du projet. Ce processus d'apparence plus fluide réclame la rédaction d'une lettre d'intention qui dresse dans les grandes lignes ce que l'établissement *pourrait* proposer. Si l'initiative intéresse l'ARS, c'est dans une seconde phase que le projet complet sera rédigé. Dans l'intervalle se nouent les relations de négociation sur le prix et le contenu de la prestation qui permettent de préciser les attentes de l'ARS et réduire les marges d'incertitudes pour les porteurs de projet.

Dans le cas des modulations de l'ARS Aquitaine, la récupération de la DAF est soumise à l'évaluation des projets soumis par l'établissement. Comme nous l'avons dit dans la première

section, les attentes sont relativement bien stabilisées : « *Les thématiques essentielles par exemple c'est d'abord le renversement des modalités de financement en mettant les ressources le plus possible sur l'ambulatoire et en les diminuant sur l'hospitalisation complète. L'idée de l'ARS va être de pouvoir travailler sur des problématiques où on sera sur 60% de nos ressources sur l'ambulatoire et 40% sur l'hospitalisation complète ; alors que pour l'instant on est plutôt sur du 65/35, dans le sens inverse.* » (DAF, CHS Agnès Masson, Aquitaine, juillet 2019). Les réunions pluriannuelles entre les ARS et les représentants des établissements permettent ensuite de s'assurer que les projets proposés dans le cadre de la récupération seront bien acceptés en tant que tels par l'ARS :

> « Dans notre rapport budgétaire, on annexe des fiches-projets dans lesquelles on identifie les projets et les coûts liés à ces projets […] La plupart du temps on n'obtient pas une réponse positive immédiate et on se retrouve dans des processus de modulation dans lesquels les projets qu'on a identifiés vont être renégociés avec l'ARS. Ils vont nous dire « parmi les projets que vous avez proposés on va retenir celui-là, parce qu'on pense que c'est plus pertinent » et puis on discute sur ces éléments. […] Avant d'envoyer les lettres pour les modulations, on discute en amont avec l'ARS sur les problématiques de projets, donc ça ne nous est jamais arrivé que ce ne soit pas accepté. Ça s'intègre aussi sur les autres types de projets que l'on mène. »
>
> DAF, CHS Agnès Masson, Aquitaine, juillet 2019

La montée en charge des démarches de contractualisation (dans le cadre des CPOM, des appels à projets, des modulations ou plus récemment avec la mise en œuvre du GHT) conduit à réduire les marges d'incertitudes à la fois des acteurs hospitaliers et des ARS. En demandant aux établissements de produire un important corpus documentaire, l'ARS s'insère ainsi dans les activités de gestion et de prospection internes des établissements *via* les fiches-projets régulièrement envoyées par les établissements.

Les projets, qu'ils procèdent des démarches de modulation ou des appels à projets classiques, s'inscrivent dans le mouvement de contractualisation croissant (Devineau et Mossé, 2012), décrit par Jean-Pierre Gaudin : « *Malgré la variété des procédures contractuelles, s'affirment quelques modalités communes : négociation explicite sur les objectifs, accord sur le calendrier opérationnel, cofinancement des opérations* » (Gaudin, 2007, p. 37, 2019). Les trois critères ainsi identifiés par Jean-Pierre Gaudin au sujet des procédures contractuelles permettent de réduire les incertitudes des deux contractants et d'affaiblir en partie le caractère apparemment bureaucratique de l'instrument projet par une moindre formalisation procédurale. La psychiatre-addictologue de l'établissement Madeleine Pelletier résume ainsi ses relations avec l'ARS en montrant le paradoxe d'une grande administration au fonctionnement très

bureaucratique, mais dont il faut apprendre à connaître le fonctionnement et les failles organisationnelles : « *je ne vous aurais pas dit ça il y a deux ans, mais l'ARS c'est pas si compliqué. Il suffit de chercher tous les biais et de les exploiter !* » (septembre 2020). Elle fait part ici des effets d'apprentissage qui lui permettent d'être plus efficace aujourd'hui dans les demandes de financement. Elle insiste également sur le fait qu'il ne faut pas s'arrêter au premier refus, mais continuer « *à frapper à d'autres portes* » pour obtenir des budgets supplémentaires.

Notons toutefois que la « négociation explicite » qui entoure cette forme singulière de contractualisation (Gaudin, 2007), qui concerne à la fois la fixation du prix et la détermination de la nature des services proposés par les établissements, ne vise que le petit nombre d'acteurs pris dans des interactions privilégiées. Le fonctionnement par projet ou contractualisation a ainsi pour effet d'opacifier les règles locales d'attribution des financements ainsi que les prix fixés par convention entre les acteurs[1]. La constitution de cet espace peu transparent incite fortement les acteurs à se rapprocher du financeur-régulateur (l'ARS) pour obtenir des informations utiles à la confection d'un projet et à son financement. L'appui fonctionnel à la rédaction des projets fourni par l'ARS et la promotion de la « co-construction » des projets assurent ainsi à l'ARS une densification de ses relations aux établissements. De la même manière que les contrats dans l'équipement et l'enseignement supérieur étudiés par Christine Musselin et Renaud Berrivin (1996), la valeur des projets se situe davantage dans leur caractère processuel et leur capacité de mise en relation des acteurs de santé que dans la réalisation du projet lui-même. L'observation de la mise en œuvre du financement par projet révèle en effet qu'il constitue un instrument de structuration des relations entre l'ARS et les professionnels visant à assouplir les relations bureaucratiques.

L'assouplissement des normes bureaucratiques ne doit cependant pas masquer la nature chronophage des financements sur projets. Des fiches-projets sont produites en continu, induisant une re-stratification du travail de mise en projet au sein de l'établissement et une spécialisation de certains acteurs dans leur rédaction, comme c'est le cas dans d'autres domaines (Hodgson, 2002 ; Barrier, 2011 ; Jouvenet, 2011). Les gros établissements, et les établissements universitaires particulièrement, ont internalisé des compétences fortement

[1] Les mécanismes de négociations qui apparaissent explicites uniquement à une petite partie des acteurs s'apparentent à la structuration d'un *marché-appariement* dans lequel sont échangées des informations denses entre un petit nombre d'agents. À partir d'une enquête portant sur le développement de technologies de communication sur internet dans le cadre de la recherche d'emploi, Kévin Mellet (2004) distingue deux types de marché : le *marché-transparence* caractérisé par une circulation maximale de maigres informations « codifiées » sous forme de grilles de compétences et salariales et le *marché-appariement* qui établit quelques relations privilégiées d'échanges d'informations denses.

routinisées de réponse à appel à projet, avec parfois une division du travail de rédaction éloignant durablement le document projet du service de soins. Les petites structures peinent davantage à produire la mouture finale. L'accompagnement par les ARS à la rédaction des projets constitue un moment privilégié d'insertion dans la détermination du projet.

Malgré la moindre formalisation procédurale dont bénéficie le financement par projets, celui ne s'apparente pas à un *ordre négocié* (Strauss, 1992)[1]. Cette « forme procédurale minimale » (Gaudin, 2019) établit des procédures et des relations à l'échelle mésologique. La nécessaire négociation informelle dans les coulisses des appels à projets lancés par l'ARS ne remet pas en cause l'existence d'une procédure normalisée et formalisée. Ces deux systèmes d'interaction et de coopération coexistent en permanence – l'un ne pouvant pas exister et fonctionner sans l'autre – et les évolutions de l'un donnent lieu à des modifications dans l'autre montrant un processus de structuration organisationnelle des relations établies entre les ARS et les établissements.

3) Gouverner les conduites prospectives

Dans ce dernier temps, nous revenons sur la manière dont les professionnels du soin s'approprient l'imagination, la rédaction et la réalisation de projets, non dans leur structuration procédurale, mais dans l'articulation que ces activités proposent avec les activités de soins. La fragmentation des entités pratiques que suppose la mise en projet d'une activité contraint les professionnels à penser leur activité sur un mode plus restreint que leur engagement clinique. L'impératif prospectif inhérent au projet induit des comportements d'anticipation différents de ceux qui sont mis en œuvre dans la réalisation du soin.

Le fonctionnement par projet, par la fragmentation des activités qu'il suppose, désactive le sens de l'hôpital, du soin psychiatrique, des professionnels et de la population de référence (dans le cadre du secteur) comme des ensembles cohérents. Il y substitue une myriade de sous-ensembles fonctionnels plus maniables, à la fois du point de vue comptable et du point de vue

[1] Dans le modèle de l'*ordre négocié* d'Anselm Strauss (1992), les conventions nécessaires à l'interaction se trouvent prises dans un processus de modification permanent qui engage les acteurs pris de l'interaction. Nous souscrivons à la critique portée par Florent Champy selon laquelle la définition stricte des « normes » d'Anselm Strauss participe à désactiver la portée analytique de sa description. Prise à la lettre aucune norme ne rend compte parfaitement de l'action, cela a été abondamment montré notamment par les travaux de Pierre Lascoumes déjà cités ici (Lascoumes et Serverin, 1986, 1988 ; Lascoumes, 1990 ; Lascoumes et Le Bourhis, 1996) ainsi que par la sociologie des organisations de Michel Crozier et Ehrard Friedberg (Crozier, 1971 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1997).

du pilotage : les pratiques tabagiques, la prise en charge des psychotraumatismes, la détection des démences neurodégénaratives chez les personnes âgées en psychiatrie, etc. Le cadrage de l'appel à projets fonctionne comme un premier moment de découpage en définissant les limites posées par l'ARS : un type d'action, une durée, un prix, un espace de mise en œuvre, un public-cible etc. Cette structuration achoppe sur la conception du soin psychiatrique promue par les professionnels. La question de la durée limitée, par exemple, est particulièrement problématique. Nous l'avons dit précédemment, le suivi d'un patient en psychiatrie se pense et s'opère dans une temporalité rallongée et selon une faible anticipation de l'enchaînement des séquences. La délimitation spatiale des projets thérapeutiques constitue également une gageure pour les équipes de soins dont l'exercice clinique se déploie traditionnellement selon des modes d'articulation qu'ils tiennent à maintenir fluides (du moins à l'échelle d'un même secteur) et qui nécessitent peu d'anticipation. La coordination au niveau du secteur est loin d'être exempte de frictions (délai d'attente, manque de place, réduction des activités, etc.). Toutefois, le modèle organisationnel induit une certaine souplesse consubstantielle au soin psychiatrique qui se conçoit dans un environnement élargi (et non à partir de l'unique service d'hospitalisation), capable de supporter une gestion des cas individuels adaptable aux besoins du patient qui évoluent nécessairement dans le temps.

Plus foncièrement, c'est l'impératif prospectif, au cœur du projet, qui cristallise les réticences des professionnels de secteur. La *formulation* des projets renvoie à la formalisation d'une projection dans l'avenir qui est de nature différente de celle exercée traditionnellement par les psychiatres dans le cadre des soins. Les professionnels développent des comportements prospectifs dans leur travail de prise en charge – leur exercice thérapeutique les conduit à développer des stratégies thérapeutiques, des « projets personnels » ou « projets de sortie » avec et pour les patients. Les projets personnels de soins, qu'ils soient formalisés par un contrat ou arrangés à l'oral, sont caractérisés par une certaine indétermination à la fois formelle et du point de vue de la décision. À l'exception de certaines pratiques, pathologiques ou bien jugées positives, qui peuvent être dénombrées pour mesurer l'évolution de l'état de santé (rechutes alcooliques, crises d'angoisse, insomnies, etc.)[1], les projets s'attachent plus volontiers à « se sentir mieux », « être libéré des angoisses », « vivre avec et gérer les voix » sur le plan clinique.

[1] Les unités spécialisées dans la prise en charge des troubles alimentaires développent des contractualisations avec les patients et patientes bien plus formalisées. Les mesures concernent aussi bien les quantités ingérées que le poids repris. Le projet de soins est organisé en plusieurs étapes et des seuils sont indiqués à partir desquels on passe d'une phase à une autre. Je remercie Célia de m'avoir fourni ces documents, issus de ses archives personnelles.

Les projets individualisés de sortie dépendent également, voire surtout, des dispositions matérielles existantes concernant principalement les conditions d'hébergement : place dans une structure d'hébergement, accueil par la famille, situation au domicile, etc. Si le professionnel a un « plan d'action clinique » dans le cadre d'une prise en charge, une diversité d'aléas peut venir affecter le programme thérapeutique et prolonger le séjour hospitalier de la personne : une dégradation thymique, l'opposition prolongée à la prise d'un traitement, la survenue d'un effet secondaire d'ordre somatique ou encore l'impossibilité d'obtenir une place d'hébergement dans une structure d'aval. Au contraire, certains éléments à la prévisibilité variable viennent accélérer le processus de sortie comme l'insistance du patient ou de son entourage pour une sortie rapide ou l'injonction organisationnelle à « vider des lits » par exemple. L'expertise professionnelle du praticien hospitalier est continuellement engagée dans ces situations de projection, mais la réalisation du projet comporte de fortes incertitudes.

En revanche, dans le cadre d'un financement sur projet par l'ARS, la formulation des prises en charge suppose un impératif prévisionnel qui achoppe sur les manières d'agir des soignants et suspend la singularité des cas au profit d'une certaine standardisation des interventions. La référente Santé mentale de l'ARS Île-de-France reconnaît d'ailleurs que la mise en projet entraîne la production de « *formes de pensée standardisées* » (octobre 2020). Cependant, plutôt que de conjurer l'effort de formulation pour les professionnels, l'ARS valorise la prévision d'une pluralité de formes interventionnelles : « *plutôt que de prévoir des prises en charge contenant systématiquement dix rendez-vous, on préfère que ce soit variable* » (entretien octobre 2020). Les projets valorisés par l'ARS ne doivent pas *dé-formuler* les interventions, mais en prédire les aléas.

Martin Giraudeau a montré dans sa thèse consacrée à une histoire de l'élaboration des *business plans* que cet exercice conduit les acteurs à développer un *habitus prospectif* (Giraudeau, 2010, 2014) ou une « *incorporation des attentes d'un monde à venir* » (Giraudeau, 2010, p. 89). Par l'intermédiaire des projets, la puissance publique conduit les acteurs à mobiliser et développer des compétences de formulation et de projection, constituant ainsi une forme de gouvernement à distance de leurs conduites prospectives.

Le recours au financement sur projets, entendu comme le pilotage rapproché des activités de soins, permet en outre à l'ARS d'exercer une planification et une structuration précise de l'offre de soins dans le territoire et au sein d'un établissement. Morgan Jouvenet, en étudiant le financement sur projets dans des laboratoires de recherche sur les nanotechnologies, montre ainsi qu'il s'apparente à une action des pouvoirs publics sur la constitution de la profession de

chercheur universitaire (2011). Les négociations sur le contenu des interventions et plus fondamentalement le financement ou l'absence de financement d'une activité conduisent l'ARS à s'insérer au cœur même des interventions et de la définition des stratégies thérapeutiques.

Du côté des ARS, la répétition de l'exercice de formulation de projet dégage également des effets d'apprentissage qui amènent la référente santé mentale de l'ARS Île-de-France à convenir que les agents de l'ARS sont « *meilleurs sur l'évaluation des projets au stade de projets que de leur réalisation* » (octobre 2020). En effet, dans le cadre du suivi, l'ARS est amenée à solliciter davantage les services de cabinets de conseil pour évaluer la conduite des projets. Cette procédure externalisée est critiquée par les professionnels en établissements ainsi que, parfois, par les agents de l'ARS eux-mêmes (voir notamment Belorgey, 2010 ; Henry et Pierru, 2012 ; Pierru, 2012).

La politique des projets menée par les ARS s'apparente finalement à une mise en marché toute relative des budgets hospitaliers complémentaires. La logique de projets, à l'instar d'autres politiques de mise en concurrence, comme celle d'une concurrence par les prix pour promouvoir la prescription des médicaments génériques, vise davantage à « *en « mimer » les effets dans le cadre d'un contrôle social généralisé des conduites à travers la mobilisation conjointe d'une pluralité d'instruments et d'acteurs aux logiques hétérogènes, voire antagonistes* » (Nouguez, 2016, p. 257). Comme dans ce dernier cas, il s'agit d'une forme originale d'instrumentation visant à contraindre ou induire des comportements chez les acteurs au sein de l'espace d'échange sans pour autant mettre en place un marché qui aurait pour conséquence de diminuer le pouvoir de régulation de l'ARS. Parfois malgré eux, les acteurs médicaux, en participant à la course aux appels à projets, valident la légitimité de la politique et endossent un rôle de co-producteur de celle-ci.

Conclusion : les psychiatres enrôlés dans une réforme organisationnelle orchestrée par les pouvoirs publics

Ce chapitre a permis d'infléchir les discours qui décrivent le financement de la psychiatrie comme peu dynamique ou ne laissant que peu de prise aux ARS pour exercer leur travail de structuration de l'offre de soins. Au contraire, appuyée sur un programme politique d'orientation (valoriser les prises en charge ambulatoire, mettre en place des parcours de soins

coordonnés), les ARS dégagent des marges de manœuvre importantes à partir de leur fonction redistributive pour le mettre en place. En intervenant au plus près des activités de soins, les ARS utilisent les financements sur projets pour poursuivre une réforme organisationnelle des soins psychiatriques. Par la définition des priorités de soins conduite par les négociations autour des projets, la puissance publique parvient à agir sur l'environnement immédiat des psychiatres et ainsi à participer à la constitution de leur profession.

Toutefois, si l'introduction des incertitudes dans le reconduction des budgets hospitaliers et l'obtention de financement par projets renforcent le pouvoir managérial sur l'activité de soins, selon une certaine verticalité bureaucratique (Benamouzig et Pierru, 2011), il apparaît également que les acteurs hospitaliers participent activement à ces politiques en les mettant en œuvre et en dégageant à partir d'elles des marges d'action. La situation de concurrence, orchestrée par un mécanisme budgétaire d'enveloppe fermée, les place dans une compétition pour l'obtention de budgets supplémentaires en vue de laquelle ils adoptent un comportement performant ou tendant à la performance. Cela conduit également à relativiser le discours sur l'imperméabilité au changement des psychiatres. La co-production permise par la logique de projets offre un espace aux psychiatres pour implémenter les changements qu'ils souhaiteraient voir advenir, tout en conservant tout ou partie des spécificités de leur clinique.

Sur les soins eux-mêmes, le mouvement itératif organisé par le financement de projets « innovants » rarement pérennisés au-delà de quelques années et la faible part budgétaire accordée à chaque fois impliquent deux conséquences. D'abord, la tension entre diversification des modes de soins et standardisation des interventions est renouvelée par l'émergence constante de nouvelles manières de soigner qui sont suivies d'une faible capacité d'évaluation par l'ARS et une moindre disposition à généraliser les dispositifs d'un lieu à l'autre. Ensuite, l'ARS privilégiant les petites dotations, reconduit un type de dispositif déjà éprouvé dans d'autres domaines d'action publique soumis à un rétrécissement de la ressource financière, comme le travail social (Janson, 2013, 2016), en ayant recours à des « coordonnateurs » plutôt qu'à la création de postes auprès de la population prise en charge. Ces postes ont pour objectif de mettre en place les conditions de la bonne coopération entre acteurs en supposant que celle-ci va se poursuivre après le départ du coordonnateur. Toutefois, le projet consistant en l'implémentation des normes relationnelles seulement, les effets à moyens termes ne sont pas évalués et conduit à la récursivité d'un mode d'action sous-évalué.

Enfin, nous revenons sur les cas de l'addictologie et du renforcement du suivi en médecine générale au CHS Madeleine Pelletier qui illustrent, selon nous, singulièrement une

stratégie croissante des pouvoirs publics visant à mener à bien une réforme de la psychiatrie par ses marges. En effet, en valorisant l'entrée et l'intégration d'acteurs non-psychiatres dans les établissements, et en cherchant dans un mouvement inverse à sortir la psychiatrie de l'hôpital en développant l'offre de soins alternative à l'hospitalisation, la puissance publique opère une fragmentation progressive de la communauté psychiatrique et la réduction de son espace dans les hôpitaux qui lui sont pourtant dédiés. Dans ce contexte, l'observation de la redéfinition des places et des rôles professionnels au sein même des établissements apparaît centrale à la compréhension des forces professionnelles et organisationnelles de la psychiatrie contemporaine.

Conclusion de la seconde partie : le sentier institutionnel de la psychiatrie et sa réforme organisationnelle

La structuration des relations de l'administration centrale au groupe professionnel des psychiatres a abouti au terme d'un processus réformateur confus à la confection d'un outil de recueil de l'activité psychiatrique. S'il ne satisfait pas pleinement les psychiatres, en projetant une image dégradée de leurs modes d'interventions, l'outil a finalement réussi à s'imposer justement par fragilité. En ne donnant pas accès aux résultats obtenus par le travail des psychiatres, il permet un contrôle institutionnel souple qui n'affecte que faiblement leurs capacités de définition du bon soin (chapitre V). Sa puissance est enfin relativisée par sa contingence dans le déploiement des politiques d'organisation des soins orchestrées par les ARS, à partir du programme d'action fourni au niveau national. En effet, les objectifs de planification des soins sont portés au niveau régional par une pluralité d'instruments dont la mise en équivalence des activités et des ressources financières n'est qu'une des modalités (chapitre VI). L'exploration de la toute singulière mise en économie des soins psychiatriques nous amène à tirer deux lignes de conclusion sur la formulation spécifique des *instruments* en psychiatrie.

Une réforme organisationnelle en deux dimensions

L'assemblage réformateur que nous avons étudié dans cette partie est pluriel. Il renferme à la fois des idées sur ce qui devrait être à la fois du point de vue des professionnels et du point de vue gestionnaire, des instruments, des données quantifiées qui y sont sédimentées. Il est diffus (à la différence d'une réforme principale, comme cela a été le cas dans la première partie par exemple) et fortement incrémental. Par ces caractéristiques, il suppose non pas une acceptation pleine et entière de la part des professionnels de la psychiatrie à s'y soumettre, mais une participation de ceux-ci, un enrôlement dont les caractéristiques sont visibles au niveau intermédiaire de l'organisation. Cette approche de la réforme de la psychiatrie *via* un processus de croissance organisationnelle bien plus qu'institutionnelle vise en retour une réforme organisationnelle, du point de vue de l'organisation des soins cette fois.

L'instauration du RimP dans les unités de soins en 2007 correspond à un point de bascule entre deux formes d'imposition du changement. L'une visant à imposer « par le haut » et parfois par la force une réforme du financement globale (même si l'initiative est portée par un groupe

de professionnels, nous avons décrit le mécanisme d'enrôlement qui président au rattachement du groupe aux intérêts de l'administration centrale), l'autre plus incrémentale et plus douce visant à travailler explicitement le *script* de l'outil en même temps qu'il y est implanté (Akrich, 1987). En effet, la production de données chiffrées par les établissements et le financement par projets permet d'outiller et de densifier (au sens de leur donner du contenu) entre les professionnels en établissement et le régulateur, par une capacité intégrative (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Benamouzig et Robelet, 2014). Bien que les échanges ne conduisent pas nécessairement à un accord qui satisfait les deux parties, les négociations des arbitrages dans la structuration de l'offre de soins présente un avantage processuel (Berrivin et Musselin, 1996 ; Kerleau, 2003). Si nous restons les yeux rivés sur les chiffres en somme, nous ne voyons rien. Les relations se jouent en dehors des chiffres dans d'autres marges et selon d'autres modes de communication. La formalisation de relations structurées entre l'ARS et les établissements procèdent d'un travail organisationnel qui rend finalement le travail de l'une et de l'autre des parties possible (captation des budgets pour les établissements et levier de structuration de l'offre pour l'ARS) en réduisant considérablement les incertitudes quant aux projets et aux attentes des chacune.

La structuration constante des relations permet de procéder en retour à une structuration organisationnelle de l'offre de soins, dans laquelle pouvoirs publics et professionnels partagent une capacité d'action, bien qu'elles soient inégales. Par le mécanisme du financement par projet les ARS s'autorisent un pilotage au plus près des activités, qu'elles envisagent notamment de développer avec le recours d'autres professionnels que les seuls psychiatres. Ceux-ci, en position structurellement dominée dans un établissement où les professionnels psychiatres dominent par leur nombre et leur acquisition des positions institutionnelles, trouvent dans le rapprochement avec les orientations portées par l'ARS une opportunité intégrative. Les professionnels psychiatres, poussés par une concurrence accrue par cette intégration, ainsi que par les restructurations organisationnelles plus larges à travers le recours au Groupements hospitaliers de territoire, se trouvent contraints d'intégrer une partie des contraintes imposées par les ARS s'ils veulent pouvoir les ajuster à leurs pratiques.

Une réforme isomorphique ?

La rationalisation d'un champ donné, la psychiatrie, ne peut s'expliquer uniquement par sa rationalisation interne (au sens de sa propre mise en cohérence). Par bien des points, ce que

nous avons observé s'analyse comme des tentatives de réformes portées par un dessin résolument isomorphique qui mérite dès lors de procéder à un schéma de réflexion plus large en réintégrant la psychiatrie dans un ensemble institutionnel où elle se trouve dominée.

Philippe Bezes (Bezes, 2020) analyse le passage d'une bureaucratie par les *règles écrites* à une bureaucratie par le *chiffre* dans laquelle la performance l'emporte sur l'impératif du respect des règles. En partie, notre analyse constitue une étude de cas de cette transformation, qui advient à rebours par rapport à d'autres services publics (Pillon et Quéré, 2014 ; Pillon, 2016) et hospitaliers (Belorgey, 2010, 2011 ; Benamouzig et Pierru, 2011 ; Pierru, 2012 ; Juven, 2016b). La course à la performance introduite progressivement grâce à la prise en compte de l'activité pour classer les établissements et la forme discrète de concurrence préparée par les financements sur projets correspondent en effet à une recherche de la part de la puissance publique de tendre vers l'adéquation des moyens aux fins poursuivies. Il s'agit alors de revenir au terme de cette partie à la fois les *fins* poursuivies (comment sont-elles élaborées ?) et les *moyens* empruntés (pourquoi sont-ils choisis ?) par les pouvoirs publics, et ce que cela produit, par voie de conséquence sur les nouvelles configurations de l'autonomie psychiatrique.

Ici, les *fins* désignent moins des résultats relatifs à l'état de santé d'une personne ou d'une population qu'au rapprochement progressif de la psychiatrie à d'autres activités de santé (et service public plus généralement). Il est en effet attendu de la prise en charge psychiatrique qu'elle soit capable de réduire la durée des hospitalisations au profit du suivi d'un *parcours* de soins au cours duquel le patient bénéficie d'une pluralité de professionnels et de formes d'interventions relativement standardisées. La promotion de ce modèle d'action dans des outils normatifs telle que la Feuille de route nationale en santé mentale et les Projets régionaux de santé dans les ARS résultent davantage d'une croyance légitime de la part de la puissance publique que d'un examen minutieux des résultats obtenus par ce type d'interventions. L'argument de l'isomorphisme est d'ailleurs fréquemment formulé explicitement (nous avons donné l'exemple de l'intervention d'Alain Lopez qui oppose deux types de médecine, l'une « *rationnelle et évaluable* », l'autre « *irrationnelle et inévaluable* »). Il ne s'agit pas de rendre la psychiatrie plus efficace – on ne sait d'ailleurs pas grand-chose de ce point de vue à partir des indicateurs que l'on construit –, mais de la rendre *comparable* en l'indexant à une rationalité semblable à celle des autres domaines hospitaliers – alors même que cette rationalité imposée est fortement critiquée en médecine. Prise au piège de sa recherche de mise en équivalence à la fois institutionnelle et organisationnelle des institutions de santé entre elles, la régulation publique perd de vue la finalité du soin spécifique en psychiatrie.

Puisque la *finalité* vise l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur l'extérieur et la poursuite d'un travail de soins à l'extérieur dans des modalités souples, presque pour elle-même, comme le reconnaissent les ARS, l'usage fait des données chiffrées apparaît ambivalent. Cette ambivalence est illustrée par les deux cas que nous avons présentés (Aquitaine et Île-de-France). En Aquitaine, l'objectivation de l'activité produite par rapport à un financement fait l'objet d'un intense travail de structuration, mobilisant des ressources importantes au sein de l'ARS et dans les établissements. Le résultat, en dehors de la production d'un modèle de modulation financière acceptable, aboutit à une interconnaissance accrue entre les acteurs des ARS et des établissements, et qui profite aux deux parties. Par la construction de formes d'action organisées, l'imposition d'une politique d'ouverture se trouve alors intégrée par l'établissement. En Île-de-France au contraire, les données ne s'avèrent pas essentielles pour les agents qui souhaitent « *fermer pour fermer* ». Ils recourent pour cela à des instruments distincts qui ne font que peu intervenir les données issues de l'activité, mais promeuvent toujours plus d'ouverture à travers les financements sur projet notamment. Le cas de la psychiatrie tend dès lors à infléchir l'importance des connaissances, au sens des connaissances sur les savoirs et les pratiques psychiatriques, dans le processus d'élaboration des politiques publiques, étant entendu que les connaissances gestionnaires et économiques pourraient se détacher de l'objet qu'elles tendent à réguler.

Enfin, la structuration isomorphique du champ psychiatrique, portée par la puissance publique, dans un environnement institutionnel plus large tend à conclure, à l'instar de Philippe Bezes (2020, p. 41), à un « encastrement politique » du gouvernement de la psychiatrie. En incitant les hôpitaux à se construire et se penser comme des organisations « redevables » du point de vue, non pas seulement des pouvoirs publics, mais à un niveau plus démocratique, le pouvoir politique construit également sa propre légitimité. Dans un domaine qui cristallise à la fois les craintes et les passions d'une partie importante de la population, et dont les crises successives ont marqué également son rapport au public (jusqu'à la dernière qui a éclaté au printemps 2018), le personnel politique a un intérêt particulier à déployer une importante force politique pour qu'il apparaisse plus lisible.

Épilogue : Une réforme en gestation ?

Depuis 2015 environ, une préoccupation pour la santé mentale semble s'être emparée du ministère de la Santé, même si les effets concrets sur les activités des soignants sont encore difficilement palpables. Des chantiers institutionnels sont lancés, sur un mode très vertical, par la ministre socialiste Marisol Touraine. La loi *de modernisation de notre système de santé* votée en 2016 introduit dans son article 69 une rationalisation des différents domaines d'action de la psychiatrie : psychiatrie de secteur, psychiatrie d'urgence, psychiatrie sans consentement, envers les personnes en situation de précarité et auprès des détenus. Cet article participe à désenclaver le secteur psychiatrique en réaffirmant l'importance du territoire et des soins de proximité pour tous les domaines de la santé. En octobre 2016, elle met en place le Conseil National de la Santé mentale, présidé par Alain Ehrenberg puis le Comité de pilotage de la psychiatrie en janvier 2017, regroupant différents syndicats et sociétés savantes de psychiatres.

Dans la même période, une réflexion est engagée au sujet des systèmes de financement de l'hôpital. A travers deux lettres de mission, Marisol Touraine adresse une demande à Olivier Véran, neurologue et alors député socialiste, de penser « l'évolution des modes de financement des établissements de santé », concernant *tous* les établissements de santé et non uniquement les établissements spécialisés. Le rapport est rendu au printemps 2017, à quelques semaines de l'achèvement du mandat présidentiel. Le rapport de mission d'Olivier Véran entérine notamment des critiques de la T2A :

> « Le rapport fait aussi le constat des effets négatifs de la T2A, qui si elle semble plutôt bien adaptée aux actes standardisés et techniques, rend peu compte de la complexité des parcours des patients atteints de maladies chroniques. Plus encore, les tarifs semblent être devenus une variable d'ajustement dans une régulation prix/volume qui répond avant tout à l'objectif de respecter l'ONDAM, créant des tensions au sein des établissements, au sein des équipes. Dans un contexte de contrainte sur le niveau de financement, le modèle de répartition au prorata de l'activité rend difficile toute perspective de développement d'activité, d'innovation, d'investissement » (p.2).

Ces critiques sont portées par d'autres institution, notamment que le Comité consultatif national d'éthique, qui, dès 2007, recommande que la T2A soit limitée « aux actes techniques et spécialisés »[1], pour limiter les dérives en termes de concurrence et de sélection des patients.

[1] Avis du CCNE n°101, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier » (p.30).

A l'ombre de ses engagements militants étudiants, le rapport rédigé par Olivier Véran souligne également les points forts du financement à l'activité : il félicite les établissements d'être entrés dans une logique de concurrence de proximité (preuve de leur responsabilisation) et d'avoir acquis de meilleurs savoirs gestionnaires grâce à la coopération avec les services d'appui des établissements ; il valorise enfin la T2A, comme système plus inégalitaire en faisant dépendre les dotations de l'activité réelle.

Plutôt que de proposer une refondation totale du système de financement, il propose d'adapter marginalement la T2A en vue de faciliter la coopération entre les acteurs (et non plus seulement la concurrence) et de prendre en compte la qualité des soins dans les niveaux de financement. Enfin, le rapport affirme pleinement qu'il s'agit de mettre en place un système qui dirige le système hospitalier vers l'ambulatoire.

Pour le domaine de la santé mentale précisément, le rapport Véran conjure définitivement le principe d'un financement basé sur l'activité, au profit d'une modulation des budgets hospitaliers en fonction de la population desservie sur un territoire. Il propose également que soient réengagées les réflexions sur la constitution de parcours-types des patients suivis en psychiatrie, à partir des comités spécialement mis en place sur la santé mentale. Il reprend à son compte, dans les grandes lignes, les propositions du rapport de Michel Laforcade *relatif à la santé mentale* déposé un an plus tôt :

> « Les évolutions en termes de tarification et de parcours, quelle qu'en soit la forme (aménagement de la dotation annuelle de financement, tarification à l'activité, financement au parcours, etc..), devront s'attacher à inciter à la prise en charge des parcours, au développement de l'extra hospitalier et de l'accompagnement social. Il n'est pas sûr que la tarification à l'activité, sauf à entrer dans une très grande sophistication, soit l'outil le plus adéquat pour inciter à la prise en charge sous forme de parcours. » (p.68)

Alors que les psychiatres sont invités à échanger avec les hauts-fonctionnaires de l'administration centrale dans le cadre du comité de pilotage, la méthode de travail semble pourtant avoir considérablement évoluée depuis les premiers travaux du groupe des 13 ou les recherches relatives à la VAP. On observe un resserrement technico-politique de la question des systèmes de financement, qui s'accentue encore dans le prochain gouvernement avec la mise en œuvre de *task force* financement, des équipes de travail contractées, dirigées par des hauts fonctionnaires (IGAS, directeurs d'hôpital en administration centrale).

La seconde moitié des années 2010 correspond également au moment où l'ATIH est davantage capable de travailler avec les données issues du RimP.Toutefois, en l'état, le RimP

entre très peu dans les arcanes des pratiques médicales et se contente d'une dimension descriptive et non-explicative des résultats. Les données ne permettent pas une évaluation des pratiques à proprement parler puisque l'évolution de l'état de santé de la personne n'est pas consignée dans le système d'information. Par ailleurs, si l'on peut inférer avec les spécialités de court-séjour que la non-réhospitalisation vaut efficacité du soin procuré, en psychiatrie les hospitalisations multiples peuvent être un protocole suivi par un médecin (appelé hospitalisation séquentielle).

L'enquête de coûts démarre donc à rebours du codage des données à partir de 2015. Cette méthodologie est plus « *légère qu'une étude nationale de coûts* » (contrôleur de gestion à l'ATIH, novembre 2017). Chaque année environ 65 établissement publics (et une dizaine d'établissements privés) participent à l'enquête de coûts, soit environ 40% de l'activité est ainsi sondée. Dans celle-ci, le diagnostic n'est pas pris en compte, au profit de tentatives d'élaboration de valeurs de dépendance et de besoin de soins. L'ATIH fonde notamment son principe de recherche sur l'identification des facteurs conduisant à la différence de coûts entre les établissements publics et privés.

> « L'enquête de coût révèle notamment qu'une journée d'hospitalisation est moins chère dans le privé (environ 167 euros) que dans le public (300 euros). Il y a un effet taille de l'établissement et également des pathologies. Ensuite il faut aller voir plus finement dans les types de prises en charge à l'intérieur de l'hospitalisation : isolement, contention, types de médicament ou usage plateau technique. Également prendre en compte la dépendance. Et enfin des éléments comportementaux. »
>
> Contrôleur de gestion en charge de l'enquête de coûts en psychiatrie à l'ATIH, journées nationales de l'information médicalisée et du contrôle de gestion en psychiatrie en septembre 2019

Dans les modalités de restitution des résultats de l'enquête, l'ATIH cherche à encourager les établissements à entrer dans une logique de concurrence en fournissant un accès à des tableaux extrêmement simples permettant de se situer par rapports aux autres établissements, dans un classement à la performance (coût d'une journée d'hospitalisation, nombre de patients hospitalisés au long cours, taux d'activité en ambulatoir, etc.).

A partir de ces travaux, l'ATIH entend être capable de modéliser des parcours de soins, en prédisant à la fois leur qualité et leurs coûts. Depuis 2016, nous suivons les travaux de l'ATIH, les colloques organisés l'agence ou par l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM), notamment les Journées nationales de l'information médicalisée et du contrôle gestion en psychiatrie. Invariablement, les médecins, contrôleurs de gestion et statisticiens de l'agence concluent à des difficultés persistantes pour confectionner

un outil satisfaisant – malgré des tentatives nombreuses sur le plan des méthodes. Le premier obstacle est l'absence de données au sujet des prises en charge médico-sociales qui ne permettent tout simplement pas de tracer le parcours d'un patient ou bien de manière particulièrement tronquée.

Une seconde phase d'accélération débute après l'alternance politique de mai 2017. Agnès Buzyn, anciennement à la tête de la Haute autorité de santé, est nommée ministre de la Santé et débute instamment la continuation des travaux sur le financement en demandant ses propres rapports, rédigés dans le cadre des *task force*, dont l'une est spécialisée en psychiatrie, dirigée par Didier Guidoni. Dans l'ensemble, il est proposé de passer à un modèle de « paiement combiné à flux multiples ». Cela signifie pour les activités T2A de diminuer la part financée à l'activité de 63% à 50% du budget total, en faisant peser les autres compartiments sur des activités spécifiques, et un affaiblissement de la part en dotation globale (de 19% à 12% de part budgétaire). Ce principe est également proposé pour la psychiatrie (un financement multi-compartiments avec une partie populationnelle et une partie liée à l'activité), mais la distribution se précise dans les mois suivants.

Parallèlement, des missions parlementaires « flash » sont menées sous l'égide de Martine Wonner, psychiatre et députée LREM[1], alors que la *task force* a déjà mis au point le modèle dans les grandes lignes. La mission parlementaire vient confirmer les premières orientations ministérielles et appuie sur deux choses : la nécessité de mieux financer un secteur psychiatrique en grande souffrance et l'impératif absolu de produire des évaluations de pratiques.

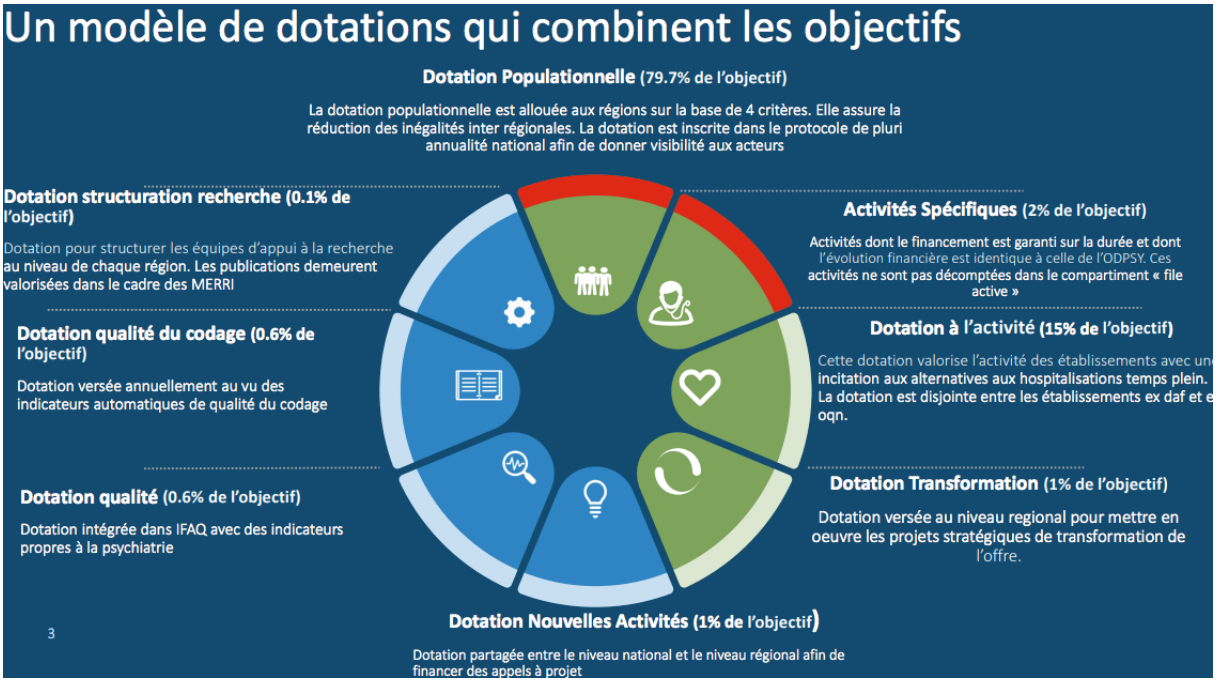
> « Bien évidemment qu'il y a une spécificité de la discipline. Comme il y a une spécificité de la cardiologie, de la cancérologie, et j'en passe… Pourquoi la psychiatrie n'a pas réussi a évolué ? C'est que nous n'avons jamais accepté d'être évalués dans nos pratiques ! [la salle applaudit, ce n'est pas unanime mais c'est très largement partagé et c'est la première fois de la réunion que ça se produit]. Le rapport sur le financement dit que le financement est insuffisant. Il va falloir parler pratiques ! »
>
> (Martine Wonner, députée LREM et vice présidente de commission des Affaires Sociales, le 18 septembre 2019 lors de la remise des deux rapports de sa mission sur le financement de la psychiatrie et son organisation).

[1] Elle a depuis quitté le groupe de la majorité à l'Assemblée.

L'intérêt pour la santé mentale se prolonge avec la nomination en 2018 de Frank Bellivier comme délégué ministériel à la santé mentale. Ce nouveau poste vise à centraliser les propositions liées à la psychiatrie pour développer un ensemble de réformes cohérent. Le ministère de la Santé le dote notamment d'un document normatif appelé « Feuille de route en santé mentale » et d'une enveloppe de 10 millions d'euros pour financer un « fonds organisationnel en psychiatrie », chargé de financer des projets de soins innovants sur tout le territoire.

> Un fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie sera également créé en 2019 pour contribuer à l'impulsion et au soutien des initiatives organisationnelles locales innovantes. Ce fonds sera doté de 10 millions d'euros et fera l'objet d'une délégation dans le cadre de la seconde délégation de crédits du fonds d'intervention régional.
>
> Note tarifaire, 2019

Faut-il voir dans ce geste une recentralisation drastique de la politique de santé mentale (Epstein, 2020) ? En effet, cette préoccupation qui gagne peu à peu l'administration centrale semble conduire à un dépassement progressif des Agences régionales de santé qui ont été très peu concertées dans le cadre des réflexions sur les systèmes de financement. Egalement, le projet de financement finalement retenu dans la loi de financement (voir graphique ci-dessous), et qui devrait être mis en œuvre à partir du 1er janvier 2022 (sous réserve nouveaux reports), donne une place apparemment très faible aux ARS dans l'allocation budgétaire. 1% de l'enveloppe totale des financements hospitaliers en psychiatrie est prélevé pour fournir aux ARS un budget de fonctionnement, avec lequel elles sont chargées d'inciter les établissements à développer des projets innovants.



Source : Diaporama « Réforme de financement de la psychiatrie hospitalière », présenté par Didier Guidoni en octobre 2020, lors des 10e journées de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie.

Si les promoteurs de la réforme affirme que la mise en œuvre de ce système s'accompagne d'une revalorisation budgétaire, il conviendra d'observer dans les prochaines années les effets de la réforme sur le niveau de dotation des établissements, ainsi que sur leur autonomie dans le développement de nouvelles activités.

Conclusion générale

Il apparaît au terme de l'analyse que la psychiatrie est en proie à des changements d'ampleur dans sa capacité à conserver son autonomie à la fois professionnelle et institutionnelle. Il résulte de l'observation de nos deux cas, que bien loin d'être les artificiers du changement, les psychiatres s'y trouvent plus résolument soumis par des sources normatives extérieures à leur groupe professionnel, selon un mouvement contemporain d'encadrement des activités professionnelles. La régulation ainsi portée par la puissance publique reconfigure les rapports de pouvoir qu'elle entretient à la profession des psychiatres.

La mise en place d'un contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement provient d'un intérêt progressif pour l'État, à travers le rôle de révision du Conseil constitutionnel, de garantir les droits des personnes. C'est finalement au terme d'une mobilisation, d'abord portée par les usagers sur la scène judiciaire qui aboutit au dépôt d'une Question prioritaire de constitutionnalité, que le Parlement est contraint de faire intervenir le juge dans les décisions de maintien des hospitalisations sans consentement au-delà de douze jours (chapitre II). Dans l'autre cas, nous avons vu que les psychiatres se sont mobilisés promptement pour retarder le processus de construction d'un outil de recueil de l'activité et contrer les tentatives d'imposition d'une réforme du financement. S'ils ont obtenu raison sur le plan de la réforme de financement, l'installation du recueil dans les établissements a conduit néanmoins à renforcer l'intégration institutionnelle de la psychiatrie dans un ensemble normatif plus large (chapitre V). Également, l'introduction de normes gestionnaires pour les allocations budgétaires n'a pas été interrompue, au contraire les pouvoirs publics ont ouvert des voies de régulation de l'offre de soins plus précises, bien qu'appuyées sur des ressources financières relativement faibles (chapitre VI).

L'hybridation progressive des régulations professionnelles de l'activité psychiatrique avec celles issues d'autres normes professionnelles et gestionnaires fait apparaître un enjeu professionnel dans la définition des normes à travers leurs mises en œuvre. Le travail organisationnel, mené de manières sensiblement distinctes lorsqu'il structure les relations professionnelles et les relations institutionnelles, est au cœur du processus d'appropriation. Partant, l'objet des régulations se déplace peu à peu de l'activité effective des médecins vers la formalisation des processus décisionnels, produisant une procéduralisation de l'action publique en psychiatrie. Cette dynamique conduit également à décentrer le contrôle direct sur les médecins au profit de l'enrôlement d'autres acteurs pour aménager et coordonner le travail psychiatrique. Enfin, la mise au jour de ces lignes d'évolution significatives dévoile également

la relative invariabilité des questions qui structurent depuis longtemps la structuration des soins psychiatriques (Bergeron et Castel, 2014, p. 230‑232).

La mise en ordre organisationnel. Relations professionnelles et institutionnelles

Les modalités de changement apparaissent finalement comme des épreuves du point de vue de l'autonomie médicale. Si elles portent en elles les conditions d'une érosion de leur capacité à agir en autonomie, les psychiatres s'organisent pour contenir leurs effets. Nous avons observé que ce mouvement s'opère moins au niveau des interactions pratiques des médecins à leurs régulateurs, que par un effort constant de structuration des relations de coordination avec eux. En répondant, en apparence, aux contraintes institutionnelles qui pèsent sur leurs capacités décisionnelles, ils élaborent des formes d'action organisée visant à réduire la puissance et l'imprévisibilité de celles-ci.

Le cas de la structuration d'un mode de coopération concret avec les acteurs judiciaires est exemplaire de ce point de vue. Les médecins internalisent les attentes du juge dans leurs manières de rédiger les certificats médicaux. Par là, ils parviennent à contenir le risque de voir les juges décider (à leur place) des personnes qui nécessitent une hospitalisation sans consentement. Par la formalisation d'une organisation routinisée du travail de production des dossiers de contrainte, l'organisation hospitalière prévaut sur les seules pratiques médicales de rédaction. Les médecins, en consentant que cette part du travail vécue comme « bureaucratique » soit en partie prise en charge par les secrétaires médicales et la direction de leur établissement, participent à la détermination des conditions de déroulement du contrôle judiciaire. Ce travail organisationnel fait intervenir également les professionnels du tribunal, à travers l'activité du greffe, notamment. En complément, les psychiatres s'assujettissent également à la demande croissante des juges et des avocats de mieux connaître leur activité médicale, afin d'être mieux à même de mener leur action sur ce domaine. À l'inverse, les interactions avec les personnes ayant fait l'expérience du soins sous contrainte est moins requise par les professionnels du droit, qui se contentent plus volontiers de la parole experte des psychiatres. Par là, les psychiatres conservent le monopole de la définition des situations et conjurent ainsi le risque d'un contrôle qui leur serait défavorable. La mise en œuvre organisationnelle de la réforme portant judiciarisation résulte finalement de la capacité des médecins et avec eux de l'organisation hospitalière à contrôler leur contrôleur par une sélection

des informations qu'ils fournissent sur leur travail. Cette sélection s'opère à tous les niveaux d'observation de la mise en œuvre depuis la rédaction des certificats médicaux qui mettent en scène les justifications médicales pour s'assurer qu'elles soient validées par le juge, jusqu'à la constitution de formations communes.

Outre l'encastrement bureaucratique des enjeux professionnels, la coopération interprofessionnelle permet de faire fonctionner le contrôle judiciaire. Les professionnels, psychiatres et magistrats, partagent en effet un statut, des modes d'action similaires, ainsi qu'une même conception de l'action sociale. Tous deux issus de professions dominantes dont l'entrée est soumise à un haut degré de formation, ils respectent particulièrement bien les domaines d'expertise de l'un et l'autre. Ils ont en commun la pensée par cas ou « prudence » (Champy, 2009), typique des professions dominantes. Familiers à l'exercice du jugement sur des cas singuliers et agissant dans des contextes où l'incertitude quant à la bonne résolution de la situation demeure prégnante, juges et médecins sont acquis à l'idée qu'un raisonnement mécanique ou purement formaliste ne peut être appliqué. La surreprésentation des « cas simples » dans le traitement judiciaire des mesures de contrainte (dossiers complets et correctement rédigés, patients plus ou moins incohérents lors de l'audition) permet d'accéder, toutefois, à la dimension routinière de l'activité professionnelle. Les juges acquièrent ainsi progressivement une connaissance des « cas psychiatriques », dont nous avons dit qu'elle est largement informée par les savoirs médicaux, qui permet de réduire l'incertitude sur la décision à peu de frais. Enfin, les psychiatres et les magistrats sont détenteurs d'une autorité sociale comparable dans la définition normative des comportements. Alors qu'elle pourrait s'exprimer selon des modes différents (protection des libertés vs. besoin de soins), ils partagent un intérêt pour l'emprise des institutions sur les individus. Partant, les magistrats, bien loin d'être des concurrents des psychiatres sur cette juridiction partagée (Abbott, 1988), endossent le rôle de garant de la légitimité professionnelle du jugement médical, en lui conférant une valeur légale et juste.

D'une manière similaire, bien que moins flagrante, les psychiatres s'approprient les contraintes institutionnelles portées par la tutelle des Agences régionales de santé. Ce processus réformateur est également soudain, mais résulte de l'empilement de mesures successives qui conduit *in fine* à contrarier les psychiatres dans leurs manières routinières de penser le soin psychiatrique. Cette fois, il s'agit moins pour les psychiatres et avec eux l'organisation hospitalière, de définir les termes de la relation que de la reconfigurer par touches progressives,

pour qu'elle ne leur soit pas défavorable. L'installation dans les services de soins du RimP conduit à une intégration des pratiques de gestion dans les espaces de soins. Si son usage par les soignants a parfois été qualifié de « détourné » (Bélart, 2012) ou instrumental (Mougeot, 2019), nous constatons qu'il conduit néanmoins à une intégration bureaucratique, entendu comme résultant d'une diffusion verticale, d'un degré important de formalisation et conduisant à restratification professionnelle au cours de laquelle des acteurs jusque-là faiblement intégrés obtiennent une position experte dans l'organisation (Benamouzig et Robelet, 2014). En devenant progressivement plus crucial dans la reconduction des allocations hospitalières (notamment dans le cas du CHS Agnès Masson), cet outil et les acteurs qui y sont associés obtiennent une position prépondérante dans la définition des activités de l'établissement. En effet, l'observation par le contrôleur de gestion d'une diminution du nombre de patients pris en charge dans une unité et/ou un allongement des durées de séjour dans un pôle de soins par le truchement des indicateurs d'activité, l'autorise à intervenir auprès des acteurs médicaux et soignants pour alerter sur une situation qui est alors qualifiée de dégradée. Ces informations, ajoutées à celles détenues sur les activités de soins notamment par la rédaction continuelle de projets, restructurent également les relations avec les tutelles ARS en les dotant de connaissances sur ce qui est pratiqué dans les établissements.

Ce phénomène conduit à montrer des relations institutionnelles, éloignées des relations interprofessionnelles vues plus haut, mais au sein desquelles se déploient des stratégies similaires, au sens où il s'agit pour les professionnels hospitaliers de *se saisir* des rationalisations, plutôt que d'*être saisis* par elles (Mossé et Paradeise, 2003). Les établissements hospitaliers internalisent en partie les attentes de l'ARS quant à l'ouverture progressive des activités de soins à des alternatives à l'hospitalisation. En absorbant ces contraintes dans les projets qu'ils proposent, les professionnels parviennent à développer les activités de soins qui leur semblent présenter un plus ample intérêt. Si quelques-uns réussissent par ce biais à financer leurs activités sans trop de difficulté, d'autres, qui sont moins enclins à accepter les modèles promus par l'ARS, se trouvent progressivement, et parfois durablement, exclus des bourses budgétaires.

Plus fondamentalement, les professionnels regrettent que les « managers », qu'ils soient à l'ARS ou à la direction des établissements, comprennent mal les enjeux propres aux professionnels. Là où nous disions que juges et psychiatres ont en commun une certaine idée de l'action sur le social, les visions du monde des médecins et des régulateurs semblent plus durablement irréconciliables. Les agents de l'ARS, suivant le programme d'action fourni par le

ministère de la Santé, s'interrogent peu sur la qualité des soins et les changements effectivement produits par l'ouverture d'une nouvelle activité.

Cette limite est pourtant inhérente au fonctionnement déconcentré des ARS. Bien qu'elles jouissent d'une certaine liberté en matière d'organisation des soins sur le territoire, elles sont fortement contraintes par un corpus réglementaire et la fermeture des enveloppes budgétaires (Rolland et Pierru, 2013). Dans un système fortement centralisé comme la France, elles ne sont pas l'échelle pertinente pour mener des débats de fond sur la forme et les objectifs sous-tendus par la politique de santé mentale (Autès, Demailly et Maury, 2012). Ainsi, des tensions demeurent irrésolues. Nous avons par exemple montré à plusieurs reprises que la question du lieu d'exercice de la psychiatrie, au sens des hôpitaux qui lui sont spécifiquement dédiés, interroge sans cesse l'impulsion des politiques publiques. Cette question se répercute alors inévitablement sur les instruments qu'il faut employer pour la gouverner. Pris dans un phénomène de *dépendance au sentier* institutionnel, les pouvoirs publics hésitent dans la détermination de sa spécificité et, par leur action, reconfinent inévitablement la psychiatrie à un territoire distinct des autres domaines médicaux. Malgré des tentatives timides des ARS pour instaurer des relations, sous forme de parcours de soins, entre les acteurs de la psychiatrie et les autres professionnels de santé (GHT polyvalents, service de médecine dans les établissements spécialisés), l'irrésolution de cette question à un niveau supérieur agit comme un frein dans les politiques locales et prend des formes fréquemment renouvelées.

Finalement, bien qu'ils soient fort distincts, les deux changements que nous avons étudiés dans la thèse, procèdent d'un mouvement organisationnel comparable. À l'instar de Patrick Castel (2020), nous soutenons que le développement organisationnel ne se déploie pas uniquement dans une dimension verticale mais s'installe également dans une dimension plus horizontale pour permettre les relations entre les acteurs de même niveau hiérarchique. Ce processus vise toutefois davantage à formaliser les relations entre acteurs (notamment *via* une intégration accrue des fonctions support et de direction dans les établissements) et à procéduraliser les activités décisionnelles relatives aux soins.

Le rapprochement fécond de deux tensions réformatrices : droit(s) et économie(s) dans la rationalisation des activités

Nous avons porté dans la thèse une réflexion sur le droit en tant que processus réformateur d'une activité professionnelle ainsi que sur la place des droits comme levier de changement. D'autre part, nous nous sommes attachés à observer comment la mise en économie résonnait souvent avec l'intention de faire des économies. L'articulation de ces deux objets, si elle ne va pas de soi constitue toutefois un apport à l'analyse de l'action publique.

En effet, pris d'en haut, ces objets partagent des caractéristiques formelles importantes et une force normative qu'ils appuient sur les cadres d'action qu'ils entendent réguler. En tant que tels, on ne doute pas qu'ils soient alors efficaces dans leur manière de procéder. Toutefois, tous deux partagent le même écueil de projeter des images sensiblement tronquées de la réalité. Ils contribuent alors à rationaliser avec davantage de conviction les images qu'ils projettent plutôt que la réalité qu'ils entendaient pourtant modifier. En s'attachant à la régularité formelle des pièces qui président à l'hospitalisation sans consentement, les juges passent à côté de l'expérience des soins sans consentement, pour laquelle ils montrent bien peu d'égards au cours des audiences. Les principes gestionnaires, adoptés par les agents de l'ARS, les conduisent à prioriser des projets de soins qui présentent proprement la manière dont ils entendent prendre en charge un type de population, toutefois leur faible capacité d'évaluation ne leur permet pas de déterminer les résultats qui ont ainsi été obtenus et l'amélioration de l'état de santé d'une population. En choisissant des instruments de régulation qui privilégient une évaluation procédurale des modes d'action et de décision au détriment de ses résultats, l'action publique reproduit des pratiques particulièrement bureaucratiques. Certes, les instruments concrets de son intervention ont en partie évolué, mais ils apparaissent peu à même de constituer des leviers de changement concrets. De plus, *l'indétermination* clinique (Atkinson, Reid et Sheldrake, 1977) de la psychiatrie semble particulièrement résistante à des rationalisations procédurales, étant entendu que « *les rapports entre la science et l'action sont plus tortueux, moins linéaires que ne le laisse supposer une vision étroitement rationalisante* » (Autès, 2012).

Néanmoins, si ce n'est pas dans leur action immédiate qu'apparaissent le plus distinctement les effets qu'ils produisent, il est raisonnable de postuler qu'ils s'intègrent de manière incrémentale aux pratiques professionnelles, à la défaveur d'un découplage durable entre instruments et activités. Le raisonnement clinique étant largement modifié par le contexte managérial et économique, normatif et scientifique dans lequel il s'opère, la confrontation

récurrente des logiques d'action professionnelles aux normes judiciaires et gestionnaires engage des transformations graduelles.

Et sur ce point, il semble que les droits et les économies aient un potentiel plus structurant que le droit et l'économie. En effet, la fermeture progressive des lits dans les hôpitaux publics (à la faveur relative des cliniques privées) et la baisse des budgets de fonctionnement des établissements hospitaliers depuis plusieurs années contraignent quotidiennement les médecins à diminuer les durées de séjour de leurs patients. L'invocation des droits a une portée supérieure à l'action en justice en elle-même (McCann, 1994), qui bien souvent nous l'avons vu, ne concrétise pas un changement de situation. L'accès récurrent à l'arène judiciaire a déjà conduit à quelques évolutions de l'encadrement juridique des situations (sur les programmes de soins et bientôt sur les pratiques de contrainte et d'isolement) dont il conviendra d'observer dans de prochaines recherches les effets concrets.

Les recompositions du travail clinique

Nous avons adopté dans le cadre de la thèse une approche attentive aux intrusions extramédicales dans l'activité psychiatrique, toutefois, ces changements ne touchent pas tous les acteurs hospitaliers de la même manière. Les médecins psychiatres sont progressivement mis en concurrence avec d'autres professionnels du soin pour l'obtention de budgets mais également pour la prise en charge des patients. La division du travail clinique est de plus en plus complexe à mesure que de nouveaux professionnels, notamment dans le secteur médico-social, s'arrogent des espaces du soin ou des publics spécifiques. Nous avons donné l'exemple du développement des activités en addictologie au CHS Madeleine Pelletier.

Dans ce même établissement, sont développées depuis 2012 des activités dites de pharmacie clinique, que nous avons étudiées dans le cadre d'un projet collectif mené avec Étienne Nouguez, Delphine Moreau et Camille Lancelevée. Les activités de pharmacie clinique résultent d'une ambition qualifiée d'*optimisation* des traitements médicamenteux prescrits par les psychiatres dans le cadre des hospitalisations. Les pharmaciens de l'établissement procèdent par une série d'interventions auprès des prescripteurs et sur leurs prescriptions. *Via* le logiciel de prescription, ils commentent les lignes de prescriptions médicamenteuses au cours de leur activité de « validation », étape nécessaire dans le processus de délivrance aux unités de soins. Il s'agit à la fois de permettre le meilleur dosage pour un traitement afin d'atteindre l'effet

recherché par le médecin, mais aussi et surtout de conjurer les risques iatrogènes en prenant garde aux interactions médicamenteuses et aux effets indésirables nombreux que causent les psychotropes. D'autres activités visent plus spécifiquement à permettre le bon suivi des traitements médicamenteux avant, pendant et après l'hospitalisation, concernant les prises en charge somatiques, souvent pour maladies chroniques. Cette activité des pharmaciens est qualifiée de clinique, puisqu'elle demeure attentive aux caractéristiques individuelles des patients pour procéder à l'analyse de la prescription (âge, sexe, antécédents, comportement) et cherche à opérer le meilleur traitement en fonction des attentes du médecin. Enfin, elle est également clinique puisqu'une série d'interventions proposées par les pharmaciens les conduit à rencontrer directement les patients, notamment dans le cadre des séances d'éducation thérapeutique, ainsi qu'au cours d'entretiens pharmaceutiques où les professionnels s'enquièrent des traitements suivis par le patient avant son entrée à l'hôpital. Bien que les activités cliniques des pharmaciens n'ont pas encore pénétré dans toutes les strates des services de soins, ce processus semble emblématique de la manière avec laquelle des domaines précédemment laissés à la discrétion du médecin sont progressivement mis en délibération avec d'autres acteurs professionnels qui importent leurs propres normes sur l'objet.

Bibliographie

ABBOTT Andrew D., 1988, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 435 p.

ABBOTT Andrew D., 2016, « Écologies liées : à propos du système des professions », *in* **Menger** Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Colloquium, p. 30‑48.

ACKER Françoise, 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, Abstract », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 161‑181.

ADAM Christophe, 2012, « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », *Déviance et Société*, 36(2), p. 137‑169.

AKRICH Madeleine, 1987, « Comment décrire les objets techniques ? », *Techniques & culture*, 9, p. 49‑64.

AKRICH Madeleine, 1993, « Les objets techniques et leurs utilisateurs : de la conception à l'action », *in* **Conein** Bernard, **Dodier** Nicolas, **Thévenot** Laurent (dir.), *Les objets dans l'action : de la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'EHESS, Raisons pratiques, p. 35‑57.

AKRICH Madeleine, 1996, « Petite anthropologie du médicament », *Techniques & culture*, 25‑26.

ALEZRAH Charles, 2007, « Le dernier rapport relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité », *L'information psychiatrique*, 83(1), p. 35‑39.

ALEZRAH Charles, 2009, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'information psychiatrique*, 85(6), p. 509‑517.

AMSTRONG David, 1984, « The patient's View », *Social Science & Medicine*, 18(9), p. 737‑744.

APPELBAUM Paul S., 1994, *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*, New York, Oxford University Press, 233 p.

ATKINSON Paul, **REID** Margaret, **SHELDRAKE** Peter, 1977, « Medical Mystique », *Sociology of Work and Occupations*, 4(3), p. 243‑280.

AULAGNIER Alexis, 2020, *Réduire sans constraindre. Le gouvernement des pratiques agricoles à l'épreuve des pesticides*, Thèse de sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques, sous la direction de Sophie Dubuisson-Quellier et Jean-Noël Jouzel, 420 p.

AUTES Michel, 2012, « L'argumentation de la politique par la connaissance », *in* **Demailly** Lise, **Autès** Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin, Recherches, p. 101‑110.

AUTES Michel, **DEMAILLY** Lise, **DEMBINSKI** Olivier, **BELART** Claire, **LARDE** Philippe, 2010,

« Les outils de régulation de l'action publique en santé mentale en France », Projet Know&Pol.

AUTES Michel, **DEMAILLY** Lise, **MAURY** Caroline, 2012, « Le (non) débat de société sur les politiques de santé mentale », *in* **Demailly** Lise, **Autès** Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, Recherches, p. 185‑196.

AVRIL Christelle, 2019, « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? Une enquête ethnographique dans les services publics », *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, 131(1), p. 153‑168.

AVRIL Christelle, **VACCA** Irene Ramos, 2020, « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail », *Travail, genre et sociétés*, 43(1), p. 85‑102.

AWA Akiko, **GARREC** Ivan, **GUO** Jean, **MICHEL** Alexandre, **MONEGAT** Marlène, 2016, *Humanisation ou rationalisation ? Les JLD et les psychiatres face à la loi du 30 juillet 2011*, Restitution de l'enquête collective, Master SPPS, EHESS, 16 p.

AYME Jean, 2004, « L'utilisation de la psychiatrie comme instrument de répression politique en urss et le combat mené par les psychiatres en France », *Sud/Nord*, 19(1), p. 143‑148.

BARBOT Janine, 2001, « Les interactions entre les associations et les agences publiques dans l'organisation de la recherche d'un traitement contre le sida », *Revue francaise des affaires sociales*, 4, p. 59‑63.

BARBOT Janine, 2008, « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », *Revue française de science politique*, Vol. 58(6), p. 985‑1014.

BARBOT Janine, **DODIER** Nicolas, 2015, « Face à l'extension des indemnisations non judiciaires. Le cas des victimes d'un drame de santé publique », *Droit et Société*, 89(1), p. 89‑103.

BARBOT Janine, **FILLION** Emmanuelle, 2007, « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) », *Sociologie et sociétés*, 39(1), p. 217‑247.

BARBOT Janine, **WINANCE** Myriam, **PARIZOT** Isabelle, 2015, « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences Sociales et Santé*, 33(2), p. 77‑105.

BARD Christine, **COFFIN** Jean-Christophe (dir.), 1992, *Madeleine Pelletier : logique et infortunes d'un combat pour l'égalité*, Paris, Côté-femmes, Des femmes dans l'histoire, 209 p.

BARNARD Alexander V., 2019, *Ordering the Disordered : State Classifications of Mental Illness in France and the United States*, Thèse de sociologie, University of California, Berkeley, sous la direction de Marion Fourcade, 250 p.

BARRAULT-STELLA Lorenzo, 2012, « Les résistances de la carte scolaire », *Politix*, 98(2), p. 109‑127.

BARRETT Robert J., 1999, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.

BARRIER Julien, 2011, « La science en projets : financements sur projet, autonomie professionnelle et transformations du travail des chercheurs académiques », *Sociologie du Travail*, 53(4), p. 515‑536.

BARRIER Julien, 2014, « Merger Mania in Science : Organizational Restructuring and Patterns of Cooperation in an Academic Research Centre », *in* **Whithley** Richard, **Gläser** Jochen (dir.), *Organizational Transformation and Scientific Change : the Impact of Institutional Restructuring on Universities and Intellectual Innovation*, Bingley, Emerald Pulishing, p. 141‑172.

BARRIER Julien, **MUSSELIN** Christine, 2016, « Draw Me a University: Organizational Design Processes in University Mergers », *in* **Popp Berman** Elizabeth, **Paradeise** Catherine (dir.), *The University Under Pressure*, Emerald Group Publishing Limited, Research in the Sociology of Organizations, p. 361‑394.

BAUDOT Pierre-Yves, **REVILLARD** Anne, 2014, « Entre mobilisations et institutions : les politiques des droits dans l'action publique », *Gouvernement & action publique*, 4, p. 9‑33.

BAUDOT Pierre-Yves, **REVILLARD** Anne (dir.), 2015, *L'État des droits : politique des droits et pratiques des institutions*, Paris, Presses de Sciences Po, Gouvernances, 254 p.

BELART Claire, 2012, *Le processus de rationalisation du soin en psychiatrie publique. Les nouveaux dispositifs de gestion.*, Thèse de sociologie, Université Lille 1, sous la direction de Lise Demailly, 678 p.

BELART Claire, **DEMBINSKI** Olivier, 2012, « Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie », *in* **Demailly** Lise, **Autès** Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, Recherches, p. 87‑100.

BELIARD Aude, **BILAND** Émilie, 2008, « Enquêter à partir de dossiers personnels. », *Genèses*, 70(1), p. 106‑119.

BELLAHSEN Mathieu, **BRUNESSEAUX** Victor, **KLOPP** Serge, 2012, « Peut-on réellement se soigner sans consentement ? », *Soins Psychiatrie*, 33(281), p. 18‑21.

BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, TAP/Série histoire contemporaine, 336 p.

BELORGEY Nicolas, 2011, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences". Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189(4), p. 16‑33.

BENAMOUZIG Daniel, 2005, *La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologies, 479 p.

BENAMOUZIG Daniel, 2014, « Des idées pour l'action publique. Instruments ou motifs cognitifs ? », *in* **Halpern** Charlotte, **Lascoumes** Pierre, **Le Galès** Patrick (dir.), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Paris, Presses

de Sciences Po, Académique, p. 95‑118.

BENAMOUZIG Daniel, **BESANÇON** Julien, 2005, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail*, 47(3), p. 301‑322.

BENAMOUZIG Daniel, **BORRAZ** Olivier, 2016, « Bureaucratie, organisations et formalisation des savoirs », *L'Année sociologique*, 66(1), p. 9‑30.

BENAMOUZIG Daniel, **PIERRU** Frédéric, 2011, « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du Travail*, 53(3), p. 293–348.

BENAMOUZIG Daniel, **ROBELET** Magali, 2014, « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital », *Quaderni*, 3(85), p. 67‑84.

BERARD Yann, **CRESPIN** Renaud, 2015, « Situation d'expertise », *in* **Henry** Emmanuel, **Gilbert** Claude, **Jouzel** Jean-Noël, **Marichalar** Pascal (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 294‑299.

BERCOT Régine, **CONINCK** Frédéric de, **HARMATHEQUE**, 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine?*, Paris, L'Harmattan.

BERENGUER Elodie, 2018, « La crise psychiatrique à l'hôpital. Enjeux moraux et politiques du traitement de l'épisode maniaque », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 16.

BERENI Laure, 2009, « Quand la mise à l'agenda ravive les mobilisations féministes. L'espace de la cause des femmes et la parité politique (1997-2000) », *Revue française de science politique*, 59(2), p. 301‑323.

BERG Marc, 1995, « Turning a Practice into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice », *Social Studies of Science*, 25(3), p. 437‑476.

BERG Marc, 1997, « Problems and promises of the protocol », *Social Science & Medicine*, 44(8), p. 1081‑1088.

BERG Marc, **HORSTMAN** Klasien, **PLASS** Saskia, **HEUSDEN** Michelle Van, 2000, « Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 22(6), p. 765‑791.

BERGERON Henri, 1999, *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologies, 370 p.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2010, « Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, 52(4), p. 441‑460.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2014, *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 544 p.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2016, « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? La redécouverte de l'ordre mésologique et de l'agency », *L'Année sociologique*, 66(1), p. 31‑72.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, **NOUGUEZ** Étienne, 2011, « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, 61(2), p. 201‑229.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, **NOUGUEZ** Étienne, 2013, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, 54(2), p. 263‑302.

BERGERON Henri, **SUREL** Yves, **VALLUY** Jérôme, 1998, « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix*, 11(41), p. 195‑223.

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, 2011, « Le consentement médical en droit français », *Laennec*, Tome 59(4), p. 15‑23.

BERNARDET Philippe, 1989, *Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique*, Paris, Fayard, 368 p.

BERNARDET Philippe, **VAILLANT** Corinne, **DOURAKI** Thomaïs, 2002, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*, Toulouse, Erès, 360 p.

BERNHEIM Emmanuelle, 2010, « La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ? », *Santé mentale au Québec*, 35(2), p. 163‑184.

BERNHEIM Emmanuelle, 2012, « De la mise en scène de la justice. Accès aux droits, rôle des tribunaux et statut citoyen en santé mentale », *Droit et Société*, 81(2), p. 365‑380.

BERNHEIM Emmanuelle, 2013, « Le pluralisme normatif appliqué. Une étude de la mobilisation des normes par les acteurs sociaux dans le champ psychiatrique », *Droit et Société*, 85(3), p. 669‑692.

BERNHEIM Emmanuelle, 2019, « Le refus de soins est-il possible au Québec ? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice », *Aporia. La revue en sciences infirmières*, 11(1), p. 28‑40.

BERRIVIN Renaud, **MUSSELIN** Christine, 1996, « Les politiques de contractualisation entre centralisation et décentralisation : les cas de l'équipement et de l'enseignement supérieur », *Sociologie du Travail*, 38(4), p. 575‑596.

BERTILLOT Hugo, 2014, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques, sous la direction de Christine Musselin et Daniel Benamouzig, 600 p.

BERTILLOT Hugo, 2015, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociolgénèse d'une entreprise de rationalisation en douceur »,.

BESSIN Marc, 1998, « La temporalité de la pratique judiciaire : un point de vue sociologique (Commentaire) », *Droit et Société*, 39(1), p. 331‑343.

BESSY Christian, **DELPEUCH** Thierry, **PELISSE** Jérôme (dir.), 2011, *Droit et régulations des activités économiques : perspectives sociologiques et institutionnalistes*, Paris, L.G.D.J,

Droit et société. Recherches et travaux, 358 p.

BEZES Philippe, 2004, « Rationalisation salariale dans l'administration française. Un instrument indiscret », *in* **Lascoumes** Pierre, **Le Galès** Patrick (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, Gouvernances, p. 71‑122.

BEZES Philippe, 2009, *Réinventer l'État : les réformes de l'administration française, 1962-2008*, Paris, Presses Universitaires de France, Le lien social, 519 p.

BEZES Philippe, 2020, « Le nouveau phénomène bureaucratique. Le gouvernement par la performance entre bureaucratisation, marché et politique », *Revue française de science politique*, 70(1), p. 21‑47.

BEZES Philippe, **DEMAZIERE** Didier, **LE BIANIC** Thomas, **PARADEISE** Catherine, **NORMAND** Romuald, **BENAMOUZIG** Daniel, **PIERRU** Frédéric, **EVETTS** Julia, 2011, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53(3), p. 293‑348.

BEZES Philippe, **LE LIDEC** Patrick, 2011, « L'hybridation du modèle territorial français., Cross-fertilisation of the French Territorial Model – The RGPP Programme Review and the Reorganisations of the State at Territorial Level », *Revue française d'administration publique*, 136, p. 919‑942.

BEZES Philippe, **LE LIDEC** Patrick, 2016, « Politiques de la fusion. Les nouvelles frontières de l'État territorial », *Revue française de science politique*, 66(3), p. 507‑541.

BEZES Philippe, **SINE** Alexandre (dir.), 2011, *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, 523 p.

BIAREZ Sylvie, 2004, « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue française d'administration publique*, 111(3), p. 517‑531.

BILAND Émilie, **STEINMETZ** Hélène, 2017, « Are Judges Street-Level Bureaucrats? Evidence from French and Canadian Family Courts », *Law & Social Inquiry*, 42(2), p. 298‑324.

BILLOWS Sebastian, 2017, *Le marché et la règle : l'encadrement juridique des relations entre la grande distribution et ses fournisseurs*, Thèse de sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques.

BILLOWS Sebastian, **BUCHTER** Lisa, **PÉLISSE** Jérôme, 2019, « Introduction: The Microfoundations of Legal Intermediation in Organizational Contexts », *Studies in Law, Politics, and Society*, 81, p. 1‑9.

BLATRIX Cécile, 2009, « La démocratie participative en représentation », *Sociétés contemporaines*, 74(2), p. 97‑119.

BLOCH Marie-Aline, **HENAUT** Léonie, 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Santé Social, 336 p.

BLOY Géraldine, **SCHWEYER** François-Xavier (dir.), 2010, *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, Métiers santé social, 423 p.

BLUM Pauline, **MINOC** Julie, **WEBER** Florence, 2015, « Familles en danger ? Psychiatrie, hébergement familial et vulnérabilité », *Informations sociales*, 188(2), p. 68‑75.

BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26(1), p. 205‑233.

BOLTANSKI Luc, **CHIAPELLO** Ève, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, Tel, 971 p.

BOLTANSKI Luc, **THEVENOT** Laurent, 1991, *De la justification: les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, NRF essais, 483 p.

BONNAFE Lucien, 2002, « 1937-1987. Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, no 74(2), p. 40‑43.

BONNEFON Hugues, **LAMBERT** Isaac, **PELISSE** Jérôme, 2019, « Quels usages du droit dans la construction de la concurrence ? Actualités des réflexions en sociologie, économie et science politique », *Regards croisés sur l'économie*, 25(2), p. 82‑92.

BORELLE Céline, 2017, « Pour une approche séquentielle du diagnostic médical. Le cas de l'autisme, Towards a sequential approach to the diagnosis of autism », *Sciences Sociales et Santé*, 35(3), p. 5‑31.

BORRAZ Olivier, 2015, « Commande », *in* **Henry** Emmanuel, **Gilbert** Claude, **Jouzel** Jean-Noël, **Marichalar** (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 64‑71.

BORRAZ Olivier, **RUIZ** Émilien, 2020, « Saisir l'État par son administration pour une sociologie des rouages de l'action publique », *Revue française de science politique*, 70(1), p. 7‑20.

BORRILLO Daniel, **LASCOUMES** Pierre, 2002, *Amours égales. Le Pacs, les homosexuels et la gauche*, Paris, La Découverte, Sur le vif, 144 p.

BOSSIS Raymonde, 2003, « Greffier : les incertitudes de la professionnalisation du corps des greffiers », *Questions pénales*, XVI(5), p. 1‑4.

BOUINOT Claire, 2004, « Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France (1850-1940) », *Cahiers du Crefige-Dauphine*, p. 11.

BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens commun, 670 p.

BOURDIEU Pierre, 1986a, « La force du droit », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64(1), p. 3‑19.

BOURDIEU Pierre, 1986b, « Habitus, code et codification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64(1), p. 40‑44.

BOURDIEU Pierre, 1990, « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en œuvre des règlements », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 81(1), p. 86‑96.

BOURDIEU Pierre, 2012, *Sur l'État : cours au Collège de France, 1989-1992*, **Champagne** Patrick (dir.), Paris, Le Seuil, Raisons d'agir, 656 p.

BOURRET Pascale, **RABEHARISOA** Vololona, 2008, « Décision et jugement médicaux en

situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique », *Sciences Sociales et Santé*, 26(1), p. 33‑66.

BOUSQUET Frédéric, 2016, « Panorama des dépenses de psychiatrie en France », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 31‑34.

BRECHAT Pierre-Henri, 2004, « Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé », *Actualité et dossier en santé publique*, 46, p. 8.

BROSSARD Baptiste, 2013a, « L'organisation des « hasards heureux », Qu'est-ce que le soin en psychiatrie ? », *Sociologie du Travail*, 55, p. 1‑19.

BROSSARD Baptiste, 2013b, « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive », *Sociologie*, 4(1), p. 1‑17.

BROSSARD Baptiste, 2017, *Oublier des choses : ce que vivent les malades d'Alzheimer*.

BRUN Cédric, **DEMAZEUX** Steeves, **VITTORIO** Pierangelo Di, **GONON** François, **GORRY** Philippe, **KONSMAN** Jan Peter, **LUNG** Fanny, **LUNG** Yannick, **MINARD** Michel, **MONTALBAN** Matthieu, **RUMEAU** Nicole, **SMITH** Andy, 2015, « La construction des catégories diagnostiques de maladie mentale », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17.

BRUNIER Sylvain, **PILMIS** Olivier (dir.), 2020, *La règle et le rapporteur : une sociologie de l'inspection*, Paris, Presses des Mines, Sciences sociales, 206 p.

BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, 2002, « Les "aliénés" morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 76(4), p. 99‑115.

BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, 2005, « Eugénisme et restrictions. Les aliénistes et la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Revue d'Histoire de la Shoah*, 183(2), p. 389‑402.

BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, 2008, « Une étape dans la mise en question du modèle asilaire ? La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2(1), p. 47‑61.

BUREAU Eve, **HERMANN-MESFEN** Judith, 2014, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 8.

CABANAS Edgar, **ILLOUZ** Eva, 2018, *Happycratie : comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Paris, Premier Parallèle.

CAIRE Michel, 2010, « Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 6‑11.

CALLON Michel, 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36, p. 170‑208.

CALLON Michel, **LASCOUMES** Pierre, **BARTHE** Yannick, 2001, *Agir dans un monde incertain.*

Essai sur la démocratie technique, Paris, Le Seuil, La couleur des idées, 357 p.

CALLON Michel, **MUNIESA** Fabian, 2003, « Les marchés économiques comme dispositifs collectifs de calcul », *Réseaux*, 122(6), p. 189‑233.

CALLON Michel, **RIP** Arie, 1992, « Humains, non-humains : morale d'une coexistence », *in La Terre outragée. Les experts sont formels !*, Autrement, Série Sciences en société, p. 140‑156.

CAMBROSIO Alberto, **KEATING** Peter, **BOURRET** Pascale, 2007, « Objectivité régulatoire et systèmes de preuves en médecine : le cas de la cancérologie », *in* **Tournay** Virginie (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, La politique éclatée, p. 340.

CAMBROSIO Alberto, **KEATING** Peter, **SCHLICH** Thomas, **WEISZ** George, 2009, « Biomedical Conventions and Regulatory Objectivity: A Few Introductory Remarks », *Social Studies of Science*, 39(5), p. 651‑664.

CANEVASCINI Michela, 2009, « Accompagner un patient suicidaire », *Pensée plurielle*, 22(3), p. 99‑109.

CARPENTIER Normand, 2001, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 19(1), p. 79‑106.

CARRICABURU Danièle, 1993, « L'Association Française des Hémophiles face au danger de contamination par le virus du sida : stratégie de normalisation de la maladie et définition collective du risque », *Sciences Sociales et Santé*, 11(3), p. 55‑81.

CARRICABURU Danièle, **MENORET** Marie, 2004, « Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral », *in Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Collection U, p. 41‑60.

CASES Chantal, **SALINES** Emmanuelle, 2004, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 181‑204.

CASES Chantal, **SALINES** Emmanuelle, 2010, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 181‑204.

CASTEL Patrick, 2005, « Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46(3), p. 443.

CASTEL Patrick, 2008, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, 26(1), p. 9‑32.

CASTEL Patrick, 2020, *Vers des médecins organisateurs ? Initiatives organisationnelles, professions et pouvoir à l'interface de la pratique et de la recherche cliniques*, Habilitation à diriger des recherches, Paris, Université Paris Saclay, Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 324 p.

CASTEL Patrick, **MERLE** Ivanne, 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du Travail*, 44, p. 337‑355.

CASTEL Patrick, **ROBELET** Magali, 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la

médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, 27(3), p. 98‑115.

CASTEL Robert, 1977, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens Commun, 340 p.

CASTEL Robert, 1981, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens Commun, 228 p.

CERTEAU Michel de, 1980, *L'invention du quotidien*, Paris, Le Seuil, 415 p.

CGLPL, 2016, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », CGLPL.

CHABAUD-RYCHTER Danielle, **GARDEY** Delphine (dir.), 2002, *L'engendrement des choses : des hommes, des femmes et des techniques*, Paris, EAC, Histoire des sciences, des techniques et de la médecine, 328 p.

CHALTIEL Patrick, 2010, « Comment bricoler pour le mieux avec une loi bricolée pour le pire », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 31‑33.

CHAMBOREDON Hélène, **PAVIS** Fabienne, **SURDEZ** Muriel, **WILLEMEZ** Laurent, 1994, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16(1), p. 114‑132.

CHAMPY Florent, 2009, *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige Manuels, 272 p.

CHAPIREAU François, 2013, « Le DSM et comment s'en libérer », *Topique*, 2(123), p. 71‑84.

CHAPPE Vincent-Arnaud, 2014, « Le droit au service de l'égalité ? Comparaison des sociologies du droit de la non-discrimination française et états-unienne », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 27, p. 107‑122.

CHAZEL François, 2010, « Le droit dans la sociologie de Parsons », *Droit et Société*, 76(3), p. 715‑722.

CHIAPELLO Ève, **GILBERT** Patrick, 2013, *Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris, La Découverte, Repères, 300 p.

CHOURFI Fadila, 2010, « La construction de la loi du 5 mars 2007. Pour une analyse sociopolitique des mutations de la Protection de l'enfance », *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, 9.

CICOUREL Aaron V, 2002, *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*, traduit par **Winkin** Yves, **Bourdieu** Pierre (dir.), Paris, Le Seuil.

CLERY-MELIN Philippe, **PASCAL** Jean-Charles, **KOVESS-MASFETY** Viviane, 2004, « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 215‑220.

COFFIN Jean-Christophe, 2015, « Les deux 68 de la psychiatrie », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 26, p. 115‑134.

COLDEFY Magali, 2010, *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, Ph.D. thesis, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

COLDEFY Magali, **FERNANDES** Sarah, 2017, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'Économie de la Santé*, 222, p. 8.

COLDEFY Magali, **NESTRIGUE** Clément, 2014, « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'Économie de la Santé*, 202, p. 8.

COLDEFY Magali, **TARTOUR** Tonya, 2015, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'Économie de la Santé*, 205, p. 8.

COLLECTIF CONTRAST, 2015, « Une régulation enchevêtrée des pratiques contraignantes de soin en santé mentale ? Perspectives pour une approche interdisciplinaire », *in* **Koubi** Geneviève, **Hennion-Jacquet** Patricia, **Azimi** Vida (dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit : la folie entre administration et justice*, Paris, Editions Panthéon-Assas, Colloques, p. 229‑245.

COMMAILLE Jacques, 2010, « Les vertus politiques du droit. Mythes et réalités », *Droit et Société*, 76(3), p. 695‑713.

COMMAILLE Jacques, **DUMOULIN** Laurence, 2009, « Heurs et malheurs de la légalité dans les sociétés contemporaines. Une sociologie politique de la "judiciarisation" », *L'Année sociologique*, 59(1), p. 63‑107.

CONTRAST Collectif, 2015, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviance et Société*, 39(4), p. 429‑453.

CORON Gaël, 2017, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, n° 91-92(1), p. 213‑235.

COSTEY Paul, 2003, « Description et interprétation chez Clifford Geertz. La thick description chez Clifford Geertz », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 4, p. 103‑108.

CRESSON Geneviève, **GADREY** Nicole, 2004, « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles Questions Feministes*, 23(3), p. 26‑41.

CROZIER Michel, 1971, *Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Le Seuil, Points Civilisation, 382 p.

CROZIER Michel, **FRIEDBERG** Erhard, 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil, Points Série Essais, 500 p.

DALGALARRONDO Sébastien, 2004, *Sida : la course aux molécules*, Paris, Éditions de l'EHESS, Cas de figure, 379 p.

DALGALARRONDO Sébastien, 2007, « Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? », *Revue française des affaires sociales*, 3,

p. 171‑191.

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 58(1), p. 98‑112.

DARTY Franck, **FROISSART** Catherine, **MENARD** François, 1997, « La professionnalite des greffiers : rapport d'etude », Ministère de la Justice. Mission recherche droit et justice.

DASTON Lorraine, **GALISON** Peter, 2012, *Objectivité*, traduit par **Renaut** Sophie, Dijon, Presses du réel, Fabula, 581 p.

DAVID Michel, 2019, « Du diabolique isolement à la divine mindfulness », *L'information psychiatrique*, 95(10), p. 787‑790.

DELMAS-MARTY Mireille, 2010, *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, Paris, Le Seuil, La couleur des idées, 273 p.

DELPEUCH Thierry, **DUMOULIN** Laurence, **GALEMBERT** Claire de, 2014, *Sociologie du droit et de la justice*, Paris, Armand Colin, U Sociologie, 314 p.

DEMAILLY Lise, 2012, « Les modes de régulation de l'action publique en santé mentale », *in* **Demailly** Lise, **Autès** Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, Recherches, p. 65‑72.

DEMAILLY Lise, **AUTES** Michel (dir.), 2012, *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, Recherches, 231 p.

DEMAZEUX Steeves, 2019, *L'éclipse du symptôme : l'observation clinique en psychiatrie (1800-1950)*, Paris, Ithaque, Philosophie, anthropologie, psychologie, 360 p.

DEMORTAIN David, 2019, « Les jeux politiques du calcul. Sociologie de la quantification dans l'action publique », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13(4), p. 953‑972.

DENIS Jérôme, 2007, « La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail », *Sociologie du Travail*, 49(4), p. 496‑513.

DENIS Jérôme, **PONTILLE** David, 2012, « Travailleurs de l'écrit, matières de l'information », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), p. 1‑20.

DESROSIERES Alain, 2012, « Est-il bon, est-il méchant? Le rôle du nombre dans le gouvernement de la cité néolibérale », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 7(2), p. 261‑295.

DESROSIERES Alain, 2013, *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I*, Paris, Presses des Mines, Sciences sociales, 329 p.

DESROSIERES Alain, 2014, *Prouver et gouverner : une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte, Sciences humaines, 284 p.

DEVINEAU Julie, **MOSSE** Philippe, 2012, « Quand la psychiatrie rencontre le Nouveau management public (NMP) », *in* **Demailly** Lise, **Autès** Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, Recherches, p. 73‑86.

DEZALAY Yves, 1992, *Marchands de droit: la restructuration de l'ordre juridique international par les multinationales du droit*, Paris, Fayard, 293 p.

DIMAGGIO Paul J., **POWELL** Walter W., 1983, « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. », *American Sociological Review*, 48(2), p. 147‑160.

DODIER Nicolas, 1993a, « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, 11(62), p. 63‑85.

DODIER Nicolas, 1993b, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métaillé, Leçons de choses, 367 p.

DODIER Nicolas, 1993c, « Les arènes des habiletés techniques », *in* **Conein** Bernard, **Dodier** Nicolas, **Thévenot** Laurent (dir.), *Les objets dans l'action : de la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'EHESS, Raisons pratiques, p. 115‑139.

DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, Cas de figure, 359 p.

DODIER Nicolas, 2015, « Ordre, force, pluralité : Articuler description et critique autour des questions médicales », *in* **Haag** Pascale, **Lemieux** Cyril (dir.), *Faire des sciences sociales. Critiquer*, Paris, Éditions de l'EHESS, Cas de figure, p. 317‑342.

DODIER Nicolas, **BARBOT** Janine, 2009, « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », *in Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Erès, p. 99‑117.

DODIER Nicolas, **BARBOT** Janine, 2016, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 71(2), p. 421‑448.

DODIER Nicolas, **RABEHARISOA** Vololona, 2006, « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social », *Politix*, 73, p. 9‑22.

DOMIN Jean-Paul, 2002, « Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941) », *Revue francaise des affaires sociales*, 1, p. 131‑154.

DORON Claude-Olivier, 2010, « Ce que "soin" veut dire », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 19‑21.

DUBOIS Vincent, 1999, *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, Études politiques, 202 p.

DUBOIS Vincent, 2012, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement & action publique*, 1(1), p. 83‑101.

DUBUISSON-QUELLIER Sophie, 2016, *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, 480 p.

DUJARDIN Valériane, **PECHILLON** Éric, 2015, « La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste », *L'information psychiatrique*, 91(6), p. 459‑469.

DUMOULIN Laurence, 2000, « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte », *Droit et Société*, 44(1), p. 199‑223.

DUMOULIN Laurence, 2007, *L'expert dans la justice : de la genèse d'une figure à ses usages*, Paris, Economica, Études politiques, 216 p.

DUPANLOUP Anne, 2004, *L'hyperactivité infantile : analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*, Thèse de sociologie, Université de Neuchâtel, 379 p.

DURAND Corentin, 2019, *Les reconfigurations de la relation carcérale : sociologie des espaces de communication entre prisonnier·e·s et autorités pénitentiaires*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS.

DUVAL Julien, 2002, « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143(1), p. 53‑67.

DUVAL Julien, 2007, *Le mythe du « trou de la sécu »*, Paris, Raisons d'agir, 135 p.

EDELMAN Lauren B., 1992, « Legal Ambiguity and Symbolic Structures: Organizational Mediation of Civil Rights Law », *American Journal of Sociology*, 97(6), p. 1531‑1576.

EDELMAN Lauren B., **SUCHMAN** Mark C. (dir.), 2007, *The Legal Lives of Private Organizations*, Aldershot, Ashgate, International library of essays in law and society, 531 p.

EHRENBERG Alain, 2005, *Le culte de la performance*, Paris, Hachette littératures.

EHRENBERG Alain, 2008, *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris, Jacob, Bibliothèque, 318 p.

EPP Charles R., 2009, *Making rights real: activists, bureaucrats, and the creation of the legalistic state*, Chicago, University of Chicago Press, Chicago series in law and society, 358 p.

EPSTEIN Renaud, 2013, « Les échecs de la politique de la ville », *in La Rénovation urbaine*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, p. 33‑66.

EPSTEIN Renaud, 2020, « Un demi-siècle après Pierre Grémion. Ressaisir la centralisation à partir de la périphérie », *Revue française de science politique*, 70(1), p. 101‑117.

ESPELAND Wendy N., **STEVENS** Mitchell L., 2008, « A Sociology of Quantification », *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie*, 49(3), p. 401‑436.

ESPINOSA Romain, 2015, « L'indépendance du Conseil constitutionnel français en question », *Les Cahiers de la Justice*, 4(4), p. 547‑561.

ESQUIROL Jean Étienne Dominique, 1838, *Examen du projet de loi sur les aliénés*, Baillière, 39 p.

EVETTS Julia, 2018, « Professions in turbulent times: changes, challenges and opportunities », *Sociologia, Problemas e Práticas*, 88, p. 43‑59.

EYRAUD Benoît, 2013, *Protéger et rendre capable : la considération civile et sociale des*

personnes très vulnérables, Paris, Erès, 440 p.

EYRAUD Benoît, **VELPRY** Livia, 2011, « Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse », *Revue du MAUSS*, 37(1), p. 103‑120.

EYRAUD Benoît, **VELPRY** Livia, 2014, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, 149(1), p. 207‑222.

FABRE Daniel (dir.), 1993, *Ecritures ordinaires*, Paris, Bibliothèque publique d'information, Centre Georges Pompidou : P.O.L, Études et recherche / Centre Georges Pompidou, 374 p.

FELSTINER William, **ABEL** Richard L., **SARAT** Austin, 1991, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, 4(16), p. 41‑54.

FERREIRA Cristina, **MOREAU** Delphine, **MAUGUE** Ludovic, 2019, « Psychiatrie hospitalière, justice de paix et placements forcés : mutations socio-historiques dans le canton de Vaud (1970 à nos jours) », *Champ pénal/Penal field*, 18.

FERY-LEMONNIER Elisabeth, 2014, « Les parcours, une nécessité ? », *Actalité et dossier en santé publique*, 88, p. 12‑15.

FILLION Emmanuelle, 2009, *À l'épreuve du sang contaminé: pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éditions de l'EHESS, Collection En temps & lieux, 323 p.

FILLION Emmanuelle, 2012, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences Sociales et Santé*, 30(2), p. 5‑28.

FISCHER Nicolas, 2016, « Entre droit et savoirs professionnels. L'action des membres du contrôleur général des lieux de privation de liberté français », *Déviance et Société*, 40(4), p. 411‑432.

FLAHAUT Jean, 1993, « Anniversaire. La découverte des neuroleptiques et ses conséquences », *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 81(296), p. 85‑88.

FOUCAULT Michel, 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Tel, 688 p.

FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

FOUCAULT Michel, 1997, *Il faut défendre la société : cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard / Le Seuil, Hautes études, 283 p.

FOUCAULT Michel, 1999a, *Dits et écrits : 1954-1988. Tome IV (1980-1988)*, Paris, Gallimard, Quarto, 895 p.

FOUCAULT Michel, 1999b, *Les Anormaux : cours au Collège de France (1974 - 1975)*, Paris, Gallimard / Le Seuil, Hautes études, 351 p.

FOUCAULT Michel, 2000, *Dits et écrits : 1954-1988. Tome III (1976-1979)*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 835 p.

FOUCAULT Michel, 2003, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*,

Paris, Le Seuil / Gallimard, Hautes Études, 399 p.

FOUCAULT Michel, 2004, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil / Gallimard, Hautes études, 435 p.

FREIDSON Eliot, 1970, *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper & Row, 409 p.

FREIDSON Eliot, 1984a, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.

FREIDSON Eliot, 1984b, « The Changing Nature of Professional Control », *Annual Review of Sociology*, 10(1), p. 1‑20.

FREIDSON Eliot, 2001, *Professionalism: The Third Logic*, Cambridge, Polity Press, 250 p.

FREUND Julien, 1990, « La rationalisation du droit selon Max Weber », *Travaux de Sciences Sociales*, p. 237‑263.

FRICKEL Scott, **MOORE** Kelly (dir.), 2006, *The new political sociology of science: institutions, networks, and power*, Madison, University of Wisconsin Press, Science and technology in society, 487 p.

FRIEDBERG Erhard, 1997, *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*, 2e éd., Paris, Le Seuil, Points Essais, 422 p.

FRIES B. E., **COONEY** L. M., 1985, « Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care », *Medical Care*, 23(2), p. 110‑122.

GARDEY Delphine, 1999, « Mécaniser l'écriture et photographier la parole. Des utopies au monde du bureau, histoires de genre et de techniques », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 54(3), p. 587‑614.

GARDEY Delphine, 2002, « Humains et objets en action : essai sur la réification de la domination masculine », *in* **Chabaud-Rychter** Danielle, **Gardey** Delphine (dir.), *L'engendrement des choses: des hommes, des femmes et des techniques*, Paris, EAC, Histoire des sciences, des techniques et de la médecine, p. 240‑328.

GARDEY Delphine, 2008, *Écrire, calculer, classer*, Paris, La Découverte, TAP/Anthropologie des sciences et des techniques, 324 p.

GARDIEN Ève, 2018, « De l'utilité des groupes de pairs pour produire des savoirs fondés sur l'expérience : l'exemple des entendeurs de voix », *Participations*, 22(3), p. 29‑51.

GARRAUD Philippe, 1990, « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique*, 40, p. 17‑41.

GARREC Ivan, 2017, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, Mémoire de sociologie, Paris, EHESS, 157 p.

GARRIGOU Alain, 2017, *La politique en France. De 1940 à nos jours*, Paris, La Découverte, Repères, 528 p.

GAUCHET Marcel, **SWAIN** Gladys, 1980, *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

GAUDILLIERE Jean-Paul, 2002, *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant, 1945-1965*, Paris, La Découverte, Textes à l'appui, 391 p.

GAUDILLIERE Jean-Paul, 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, 14(3), p. 239‑248.

GAUDIN Jean-Pierre, 2007, *Gouverner par contrat*, 2e éd., Paris, Presses de Sciences Po, Références, 280 p.

GAUDIN Jean-Pierre, 2019, « Contrats », *in* **Boussaguet** Laurie, **Jacquot** Sophie, **Ravinet** Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 164‑170.

GAY Renaud, 2018, *L'Etat hospitalier : réformes hospitalières et formation d'une administration spécialisée en France : (années 1960 - années 2000)*, Thèse de sociologie, Grenoble Alpes.

GEERTZ Clifford, 1973, *The interpretation of cultures: selected essays*.

GEERTZ Clifford, 1998, « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 6, p. 73‑105.

GELLY Maud, **PITTI** Laure, 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 58(1), p. 7‑18.

GILBERT Claude, **HENRY** Emmanuel (dir.), 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Editions la Découverte, Recherches / Territoires du politique, 296 p.

GILBERT Claude, **HENRY** Emmanuel, 2012, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, 53(1), p. 35‑59.

GIRAUDEAU Martin, 2010, *La fabrique de l'avenir : une sociologie historique des business plans*, These de doctorat, Toulouse 2.

GIRAUDEAU Martin, 2014, « Business plan », *in* **Chauvin** Pierre-Marie, **Grossetti** Michel, **Zalio** Pierre-Paul (dir.), *Dictionnaire sociologique de l'entrepreneuriat*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 65‑85.

GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens Commun, 451 p.

GOFFMAN Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de Minuit, 372 p.

GOLDSTEIN Jan Ellen, 1997, *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, traduit par **Bouillot** Françoise, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.

GONG Neil, 2017, « "That proves you mad, because you know it not": impaired insight and the dilemma of governing psychiatric patients as legal subjects », *Theory and Society*, 46(3), p. 201‑228.

GOODWIN Simon, 1997, *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community*

Care, London ; Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 192 p.

GRABER Frédéric, **GIRAUDEAU** Martin (dir.), 2018, *Les projets : une histoire politique (XVIe-XXIe siècles)*, Paris, Presses des Mines, Sciences sociales, 314 p.

GREMION Catherine, **MULLER** Pierre, 1990, « De nouvelles élites locales? », *Esprit (1940-)*, 164 (9), p. 38‑47.

GROSJEAN Michèle, **LACOSTE** Michèle, 1999, *Communication et intelligence collective*, Paris, Presses Universitaires de France, 240 p.

GROSSMAN Emiliano, **SAURUGGER** Sabine, 2012, *Les groupes d'intérêt*, Armand Colin, 296 p.

GUEDJ-BOURDIAU Marie-Jeanne, **GOUREVITCH** Raphaël, 2019, « Urgence psychiatrique et Mai 1968 », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(5), p. 464‑467.

GUENTHER Katja, **HESS** Volker, 2016, « Soul Catchers: The Material Culture of the Mind Sciences », *Medical History*, 60(3), p. 301‑307.

GUIBET-LAFAYE Caroline, 2014, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 90(7), p. 575‑582.

GUIBET-LAFAYE Caroline, 2016a, « L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs », *Revue française des affaires sociales*, 6, p. 35‑55.

GUIBET-LAFAYE Caroline, 2016b, « Quelle éthique pour quels psychiatres ? », *Sociologie*, 7(2), p. 169‑186.

GUIBET-LAFAYE Caroline, 2016c, « Pour une typologie des médecins psychiatres », *L'information psychiatrique*, 92(6), p. 453‑465.

GUILLEMAIN Hervé, 2018, « La fin de l'asile vue par ses patients. Une micro-histoire de l'introduction des neuroleptiques retards dans les années 1970 et 1980 », *in* **Klein** Alexandre, **Thifault** Marie-Claude, **Guillemain** Hervé (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 97‑110.

GUSFIELD Joseph R., 2009, *La culture des problèmes publics : l'alcool au volant: la production d'un ordre symbolique*, traduit par **Cefaï** Daniel, Paris, Economica, Etudes sociologiques, 354 p.

HAAS Peter M., 1992, « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, 46(1), p. 1‑35.

HACKING Ian, 1995, « The Looping Effects of Human Kinds », *in* **Sperber** Dan, **Premack** David, **Premack** Ann James (dir.), *Casual Cognition: a Multidisciplinary Debate*, p. 351‑383.

HALPERN Charlotte, **LASCOUMES** Pierre, **LE GALES** Patrick (dir.), 2014, *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Paris, Presses de Sciences Po, Gouvernances, 520 p.

HARGUINDEGUY Jean-Baptiste, 2019, « Cycle », *in* **Boussaguet** Laurie, **Jacquot** Sophie,

Ravinet Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e éd., Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 193‑197.

HASCHAR-NOE Nadine, **SALAMERO** Émilie, 2016, « La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions », *Sciences Sociales et Santé*, 34(2), p. 81‑105.

HASSENTEUFEL Patrick, 1997, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 367 p.

HASSENTEUFEL Patrick, 2011, *Sociologie politique : l'action publique*, 2e éd., Paris, Armand Colin, U Sociologie, 320 p.

HASSENTEUFEL Patrick, **PALIER** Bruno, 2005, « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue francaise d'administration publique*, no113(1), p. 13‑27.

HASTINGS-MARCHADIER Antoinette, **VIGOUR** Cécile, 2013, « Les contraintes budgétaires de la justice pénale », *Actualité juridique Pénal*, 11, p. 414‑422.

HAUSTGEN Thierry, 2013, « Les archives et l'histoire de la psychiatrie. Seconde partie : l'hospitalisation des malades mentaux à Paris au XIXe siècle », *PSN*, 11(4), p. 55‑82.

HAUSTGEN Thierry, 2016, « Les langues de la psychiatrie, de Pinel au DSM », *PSN*, 14(4), p. 45‑57.

HEARD Mélanie, **CREMIEUX** François, 2016, « Stratégie nationale de santé », *in* **Bourdillon** François, **Brücker** Gilles, **Tabuteau** Didier (dir.), *Traité de santé publique*, Lavoisier, Traités, p. 279‑282.

HEIMER Carol, 1999, « Competing Institutions: Law, Medicine and Family in Neonatal Intensive Care », *Law and Society Review*, 33(1), p. 17‑66.

HENAUT Léonie, 2011, « Capacités d'observation et dynamique des groupes professionnels », *Revue francaise de sociologie*, Vol. 52(1), p. 71‑101.

HENCKES Nicolas, 2005, « Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement" ».

HENCKES Nicolas, 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS.

HENCKES Nicolas, 2009a, « Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après guerre aux années 1980 », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 25‑40.

HENCKES Nicolas, 2009b, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, 76, p. 76‑98.

HENCKES Nicolas, 2009c, « Narratives of Change and Reform Processes: Global and Local Transactions in French Psychiatric Hospital Reform after the Second World War »,

Social Science & Medicine, 68(3), p. 511‑518.

HENCKES Nicolas, 2011a, « Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-Twentieth Century: a Framework for Analysis », *History of Psychiatry*, 22(2), p. 164‑181.

HENCKES Nicolas, 2011b, « Reshaping Chronicity: Neuroleptics and Changing Meanings of Therapy in French Psychiatry (1950-1975) », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 42(4), p. 434‑442.

HENCKES Nicolas, 2016a, « Magic Bullet in the Head? Psychiatric Revolutions and Their Aftermath », *in Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, Chicago, University of Chicago Press, p. 65‑96.

HENCKES Nicolas, 2016b, « French Deinstitutionalization or the Irony of Success. Psychiatrists, the State and the Transformation of the French Psychiatric System », *in* **Kritsotaki** Despo, **Long** Victoria, **Smith** Matthew (dir.), *Deinstitutionalisation and After. Post-War Psychiatry in the Western World*, London, Palgrave Macmillan, p. 115‑133.

HENCKES Nicolas, 2017, « Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910 », *Sciences Sociales et Santé*, 35(2), p. 81‑108.

HENNEGUELLE Anaïs, 2017, *Comment sortir de prison ? Le rôle des statistiques pénitentiaires dans la compréhension des comportements de récidive.*, Thèse d'économie, Université Paris-Saclay.

HENRY Emmanuel, 2017, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, Domaine gouvernance, 256 p.

HENRY Odile, **PIERRU** Frédéric, 2012, « Les consultants et la réforme des services publics », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 193(3), p. 4‑15.

HERZLICH Claudine, **PIERRET** Janine, 2010, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51(1), p. 121‑148.

HESS Volker, **LEDEBUR** Sophie, 2011, « Taking and Keeping: A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records », *Journal of the Society of Archivists*, 32(1), p. 21‑33.

HESS Volker, **MENDELSOHN** J. Andrew, 2010, « Case and Series: Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900 », *History of Science*, 48(3‑4), p. 287‑314.

HESS Volker, **MENDELSOHN** J. Andrew, 2014, « Sauvages' Paperwork: How Disease Classification Arose from Scholarly Note-Taking », *Early Science and Medicine*, 19(5), p. 471‑503.

HEYER Katharina, 2013, « Droits ou quotas ? L'American with disabilities act (ADA) comme modèle des droits des personnes handicapées », *Terrains & Travaux*, 23(2), traduit par **Baudot** Pierre-Yves, **Borelle** Céline, **Revillard** Anne, p. 127‑158.

HIBOU Béatrice (dir.), 2013, *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte, 324 p.

HODGSON Damian, 2002, « Disciplining the Professional: The Case of Project Management », *Journal of Management Studies*, 39(6), p. 803‑821.

HOLSTEIN James A., 2005, « Pathologie mentale et justice : produire des évaluations psychiatriques », *Droit et Société*, 61(3), traduit par **Dupret** Baudouin, p. 701‑718.

HOOD Christopher, 1983, *The Tools of Government*, London, Macmillan, Public policy and politics, 178 p.

HUGHES Everett C., 1962, « Good People and Dirty Work », *Social Problems*, 10(1), p. 3‑11.

HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, **Chapoulie** Jean-Michel (dir.), Paris, Éditions de l'EHESS, Recherches d'histoire et de sciences sociales, 344 p.

ILLICH Ivan D, 1975, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Le Seuil.

ILLOUZ Eva, 2006, *Les sentiments du capitalisme*, Paris, Seuil.

ISRAËL Liora, 2001, « Usages militants du droit dans l'arène judiciaire : le cause lawyering », *Droit et Société*, 49(3), p. 793‑824.

ISRAËL Liora, 2003, « Faire émerger le droit des étrangers en le contestant, ou l'histoire paradoxale des premières années du GISTI », *Politix*, 16(62), p. 115‑143.

ISRAËL Liora, 2005, *Robes noires, années sombres : avocats et magistrats en résistance pendant la seconde guerre mondiale*, Paris, Fayard, Pour une histoire du XXe siècle, 547 p.

ISRAËL Liora, 2009, *L'arme du droit*, Paris, Presses de Sciences Po, Contester, 137 p.

ISRAËL Liora, 2013, « Les joueurs répétés ont-ils plus de chance de gagner ? Débats sur le sens de la justice. Présentation du dossier », *Droit et Société*, 85(3), p. 543‑557.

ISRAËL Liora, 2015, « La revue Actes : le droit saisi par le regard critique dans le sillage de 68 », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 26, p. 135‑150.

JACQUELINE Sandra, 2006, « Les politiques du patient en pratique », *Politix*, 73(1), p. 83‑108.

JACQUOT Sophie, 2019, « Approche séquentielle », *in* **Boussaguet** Laurie, **Jacquot** Sophie, **Ravinet** Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e éd., Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 81‑87.

JAEGER Marcel, 1981, *Le désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, Médicine et sociétés, 262 p.

JANSON Valérie, 2013, « Le coordinateur dans les établissements sociaux et médico-sociaux, un nouvel intermédiaire ? », *Les cahiers du travail social*, 72, p. 13‑23.

JANSON Valérie, 2016, *La fonction de coordinateur dans les internats de l'éducation spécialisée : une approche sociologique des dynamiques professionnelles et des enjeux organisationnels du secteur social et médico-social*, These de doctorat, Lille 3.

JASANOFF Sheila, 2013, *Le droit et la science en action*, traduit par **Leclerc** Olivier, Paris,

Dalloz, 208 p.

JOLY Pierre-Benoît, 2015, « Procéduralisation », *in* **Henry** Emmanuel, **Gilbert** Claude, **Jouzel** Jean-Noël, **Marichalar** Pascal (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 250‑258.

JONES Charles O., 1984, *Introduction to the Study of Public Policy*, 3e éd., Wadsworth Publishing Co, 276 p.

JOUVENET Morgan, 2011, « Profession scientifique et instruments politiques : l'impact du financement « sur projet » dans des laboratoires de nanosciences », *Sociologie du Travail*, 53(2), p. 234‑252.

JUSTON MORIVAL Romain, 2020a, *Médecins légistes. Une enquête sociologique*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, 296 p.

JUSTON MORIVAL Romain, 2020b, « Inspecter pour réformer. Les rôles des missions d'inspection dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la réforme de la médecine légale (2006-2016) », *in* **Brunier** Sylvain, **Pilmis** Olivier (dir.), *La règle et le rapporteur. Une sociologie de l'inspection*, Paris, Presses des Mines, Sciences Sociales, p. 131‑148.

JUSTON Romain, 2016, « Comment une tache de sang devient-elle une preuve ? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales », *Droit et Société*, 93(2), p. 395‑416.

JUSTON Romain, 2017, « Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale », *Déviance et Société*, 41(3), p. 387‑413.

JUSTON Romain, 2018, « Des maux et des chiffres. L'évaluation des incapacités en médecine légale du vivant », *Sciences Sociales et Santé*, 36(4), p. 41‑64.

JUVEN Pierre-André, 2013, « Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale », *Journal de gestion et d'economie medicales*, 31(2), p. 75‑91.

JUVEN Pierre-André, 2015, « Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes. L'hôpital public aux prises avec la Tarification à l'activité », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17.

JUVEN Pierre-André, 2016a, *Une santé qui compte? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, Presses Universitaires de France, Partage du savoir, 222 p.

JUVEN Pierre-André, 2016b, « Politique des coûts, politique des écarts », *Gouvernement et action publique*, 5(1), p. 35‑62.

JUVEN Pierre-André, **GAUDILLIERE** Jean-Paul, 2019, « « En consultation, je regarde l'ordinateur, pas ma patiente » », *Mouvements*, 98(2), p. 23‑31.

JUVEN Pierre-André, **LEMOINE** Benjamin, 2018, « Politiques de la faillite », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 221‑222(1), p. 4‑19.

KEATING Peter, 2015, « Objectivité et régulation », *in* **Bouchard** Frédéric, **Doray** Pierre,

Prud'homme Julien (dir.), *Sciences, technologies et sociétés de A à Z*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, Thématique Sciences sociales, p. 160‑162.

KEATING Peter, **CAMBROSIO** Alberto, 2003, *Biomedical platforms: realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*, Cambridge, Mass., MIT Press, Inside technology, 544 p.

KEELER John T. S, 1994, *Réformer : les conditions du changement politique*, traduit par **Richet** Isabelle, Paris, Presses Universitaires de France, 112 p.

KEELER John T. S, 2016, « Opening the Window for Reform: Mandates, Crises, and Extraordinary Policy-Making », *Comparative Political Studies*, 25(24), p. 433‑486.

KERLEAU Monique, 2003, « L'agence régionale de l'hospitalisation : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 27‑53.

KING Desmond, **LE GALES** Patrick, 2011, « Sociologie de l'État en recomposition », *Revue française de sociologie*, 52(3), p. 453‑480.

KINGDON John W., 1984, *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Harper Collins, 254 p.

KIRK Stuart A., **KUTCHINS** Herb, 1992, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 270 p.

KIRK Stuart A, **KUTCHINS** Herb, 1998, *Aimez-vous le DSM?: le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, Institut Syntélabo, 424 p.

KNAEBEL Rachel, **BELLAHSEN** Mathieu, 2020, *La révolte de la psychiatrie : les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, Paris, La Découverte, Cahiers libres, 239 p.

KNORR-CETINA Karin, 1981, *The Manufacture of Knowledge: an Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science*, Oxford / New York, Pergamon Press, 189 p.

KURUNMÄKI Liisa, **MENNICKEN** Andrea, **MILLER** Peter, 2016, « Quantifying, Economising, and Marketising: Democratising the social sphere? », *Sociologie du Travail*, 58(4), p. 390‑402.

KURUNMÄKI Liisa, **MENNICKEN** Andrea, **MILLER** Peter, 2018, « Économicisation et démocratisation de la faillite : inventer une procédure de défaillance pour les hôpitaux britanniques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 221‑222(1), traduit par **Wirth** Françoise, p. 80‑99.

KURUNMAKI Liisa, **MILLER** Peter, 2010, « Regulatory Hybrids: Partnerships, Budgeting and Modernising Government », SSRN Scholarly Paper, ID 1662887, Rochester, NY, Social Science Research Network.

KURUNMÄKI Liisa, **MILLER** Peter, 2013, « Calculating failure: The making of a calculative infrastructure for forgiving and forecasting failure », *Business History*, 55(7), p. 1100‑1118.

LAKOFF Andrew, 2008, *La raison pharmaceutique*, traduit par **Pignarre** Philippe.

LANCELEVEE Camille, 2016, *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques*

professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne, These de doctorat, Paris, EHESS.

LANCELEVEE Camille, **PROTAIS** Caroline, **RENARD** Tristan, **SAETTA** Sébastien, 2019, « Introduction. Un renouveau des recherches francophones sur les relations entre la justice et la santé mentale », *Champ pénal/Penal field*, 18.

LANDRON G., 1995, « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *Déviance et Société*, 19(1), p. 3‑21.

LANIEL Richard-Alexandre, **BERNHEIM** Emmanuelle, **CHALIFOUR** Guillaume, 2016, « La santé mentale en justice : invisibilité et déni de droits. Une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », *Revue de droit et santé de McGill*, 9, p. 337‑382.

LANTERI-LAURA Georges, 1998, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du Temps, Esquisses, 286 p.

LARCHET Keltoume, **PELISSE** Jérôme, 2009, « Une professionnalisation problématique : les experts judiciaires interprètes-traducteurs », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 108, p. 9‑24.

LAROCHE J. -P., 2016, « Qu'est- ce qu'un parcours de soins ? », *Journal des Maladies Vasculaires*, 41(2), p. 99‑100.

LASCOUMES Pierre, 1990, « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, 40, p. 43‑71.

LASCOUMES Pierre, 2009, « Les compromis parlementaires, combinaisons de surpolitisation et de sous-politisation », *Revue française de science politique*, 59(3), p. 455‑478.

LASCOUMES Pierre, 2019, « Normes », *in* **Boussaguet** Laurie, **Jacquot** Sophie, **Ravinet** Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e éd., Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 405‑410.

LASCOUMES Pierre, **LE BOURHIS** Jean-Pierre, 1996, « Des passe-droits aux passes du droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique », *Droit et Société*, 32(1).

LASCOUMES Pierre, **LE GALES** Patrick (dir.), 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, 370 p.

LASCOUMES Pierre, **PONCELA** Pierrette, **LENOËL** Pierre, 1989, *Au nom de l'ordre : une histoire du code pénal*, Paris, Hachette, 404 p.

LASCOUMES Pierre, **SERVERIN** Evelyne, 1986, « Théories et pratiques de l'effectivité du droit », *Droit et Société*, 2(1), p. 101‑124.

LASCOUMES Pierre, **SERVERIN** Evelyne, 1988, « Le droit comme activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques », *Droit et Société*, 9(1), p. 165‑187.

LATOUR Bruno, 1987, « Les "vues" de l'esprit », *Réseaux*, 5(27), p. 79‑96.

LATOUR Bruno, 1996, « Ces réseaux que la raison ignore : laboratoires, bibliothèques,

collections », *in* **Jacob** Christian, **Baratin** Marc (dir.), *Le pouvoir des bibliothèques. La mémoire des livres dans la culture occidentale*, Paris, Albin Michel, p. 344.

LATOUR Bruno, 2004, *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*, Paris, La Découverte, Poche Sciences humaines et sociales, 320 p.

LATOUR Bruno, 2013, *La vie de laboratoire : la production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte, Poche Sciences humaines et sociales, 299 p.

LE COLLECTIF ONZE, 2013, *Au tribunal des couples : enquête sur des affaires familiales*, Paris, Odile Jacob, 309 p.

LE GALES Patrick, **SCOTT** Alan, 2008, « Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou "freer markets, more rules" », *Revue française de sociologie*, 49(2), p. 301‑330.

LE LIDEC Patrick, 2020, « Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État. Les collectivités françaises entre autonomie et régulations étatiques », *Revue française de science politique*, 70(1), p. 75‑100.

LE MOIGNE Philippe, 2008, « L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation », *in* **Champion** Françoise (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, Sociétales, p. 215‑233.

LE MOIGNE Philippe, 2015, « Les essais cliniques et le contrôle de l'interaction : le cas singulier de l'évaluation des psychothérapies », *Sciences Sociales et Santé*, 33(2), p. 65‑76.

LE MOIGNE Philippe (dir.), 2018, *La mesure du trouble mental : psychiatrie, sciences et société*, ISTE Group, Ingénieroe de la santé et société, 284 p.

LE MOIGNE Philippe, **PISU** Florian, 2019, « Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires », *Sciences Sociales et Santé*, 37(1), p. 75‑98.

LECLERC Henri, 2010, « La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 22‑24.

LEGRAND Julia, 2020, *L'incertitude psychiatrique : une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, Thèse de sociologie sous la direction de Régine Bercot et Livia Velpry, Paris 8.

LEMERCIER Claire, 2008, « Napoléon contre la croissance ? », *La Vie des idées*.

LEVAY Charlotta, **WAKS** Caroline, 2009, « Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy »:, *Organization Studies*.

LEZE Samuel, 2010, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, Presses Universitaires de France, 216 p.

LEZE Samuel, 2013, « L'attribution des identités morales : perspective anthropologique sur les catégorisations de la personne », *Psychiatrie Française*, 43(4), p. 95‑100.

LINDER Audrey, 2018, « Des patients aux soignants : les appropriations du "rétablissement" par les professionnels de la psychiatrie », *Inter Pares*, 7, p. 19‑25.

LINK Bruce G., **CULLEN** Francis T., **STRUENING** Elmer, **SHROUT** Patrick E., **DOHRENWEND** Bruce P., 1989, « A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment », *American Sociological Review*, 54(3), p. 400‑423.

LINK Bruce G., **MIROTZNIK** Jerrold, **CULLEN** Francis T., 1991, « The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided? », *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), p. 302‑320.

LIPSKY Michael, 1980, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 244 p.

LITZLER Alexandre, 2013, « Soigner et surveiller en unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) », *Archives de politique criminelle*, 35(1), p. 277‑296.

LOVELL Anne M., **HENCKES** Nicolas, **TROISOEUFS** Aurélien, **VELPRY** Livia, 2011, « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'information psychiatrique*, Volume 87(3), p. 175‑183.

LYNCH Michael, **WOOLGAR** Steve (dir.), 1990, *Representation in scientific practice*, Cambridge, Mass, MIT Press, 365 p.

MAIGNIEN Claude, 1997, « Madeleine Pelletier, une « féministe intégrale » », *Chimères. Revue des schizoanalyses*, 31(1), p. 125‑141.

MARICHALAR Pascal, 2016, « « C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin. » Ouvriers malades de leur travail face à la médecine », *Agone*, 58(1), p. 105‑122.

MARQUES Ana, 2010, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, phdthesis, Paris, EHESS.

MARQUES Ana, 2011, « Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité, » p. 5.

MARQUES Ana, **DAOUD** Véronique, **STAMATIADIS** Laurence, **CHALTIEL** Patrick, 2013, « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? », *L'information psychiatrique*, 89(2), p. 171‑177.

MARQUES Ana, **EYRAUD** Benoît, **VELPRY** Livia, 2015, « Les enjeux d'une judiciarisation tardive, inévitable et embarrassante », *L'information psychiatrique*, 91(6), p. 471‑477.

MARQUES Ana, **SAETTA** Sébastien, **TARTOUR** Tonya, 2016, « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, 6, p. 57‑74.

MARQUIS Nicolas, **HOYOS** Dorothée, **MASURE** Amélie, **RADEMAEKERS** Joost, 2010, « Le travail en réseau comme créateur de possibles thérapeutiques ? Une analyse sociologique du travail en réseau dans une unité médico-psychopathologique », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 34(1), p. 155‑188.

MASSE Gérard, **ZWINGENBERGER** Markus, 2006, « Les sorties d'essai : évolution et perspectives », *L'information psychiatrique*, 82(6), p. 481‑493.

MATHIEU Lilian, 2004, *Comment lutter : sociologie et mouvements sociaux*, Paris, Textuel, La

discorde, 206 p.

MAYES Rick, **HORWITZ** Allan V., 2005, « DSM-III and the revolution in the classification of mental illness », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), p. 249‑267.

MCCANN Michael W., 1994, *Rights at Work: Pay Equity Reform and the Politics of Legal Mobilization*, Chicago, University of Chicago Press, Language and legal discourse, 358 p.

MEADEL Cécile, 2006, « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste. L'étude d'un cercle de discussion électronique », *Politix*, 73(1), p. 57‑82.

MELLET Kevin, 2004, « L'Internet et le marché du travail », *Réseaux*, 125(3), p. 113‑142.

MENNICKEN Andrea, **MILLER** Peter, 2012, « Accounting, Territorialization and Power », *Foucault Studies*, p. 4‑24.

MEYER John W., **ROWAN** Brian, 1977, « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony », *American Journal of Sociology*, 83(2), p. 340‑363.

MICHEL Hervé, **JOURDAIN** Alain, 2011, « Les modes de régulation du système hospitalier : l'exemple de la mise en œuvre des SROS III », *Politiques et management public*, 28(3).

MICHEL Lucie, 2017, *Dans la boite noire d'un fardeau infirmier, analyse comparée du travail administratif hospitalier en France et aux Etats-Unis*, These de doctorat, Paris 6.

MILLER Peter, 1986, « Critiques of psychiatry and critical sociologies of madness », *in* **Miller** Peter, **Rose** Nikolas S. (dir.), *The Power of psychiatry*, Cambridge [Cambridgeshire] : New York, NY, USA, Polity Press / Blackwell, p. 12‑42.

MILLER Peter, 2014, « L'économisation de l'échec », *Politiques et management public*, 31(4), p. 369‑376.

MILLER Peter, **O'LEARY** Ted, 1987, « Accounting and the construction of the governable person », *Accounting, Organizations and Society*, 12(3), p. 235‑265.

MILLER Peter, **POWER** Michael, 2013, « Accounting, Organizing, and Economizing: Connecting Accounting Research and Organization Theory », *Academy of Management Annals*, 7(1), p. 557‑605.

MILLER Peter, **ROSE** Nikolas S. (dir.), 1986, *The Power of psychiatry*, Cambridge, USA, Polity Press / Blackwell, 326 p.

MILLER Peter, **ROSE** Nikolas S., 2008, *Governing the present: administering economic, social and personal life*, Cambridge, Polity Press, 246 p.

MINARD Michel, 2004, « Politique, économie et psychiatrie », *Sud/Nord*, no 19(1), p. 75‑98.

MINARD Michel, 2013, *Le DSM-Roi : La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Toulouse, Erès, 451 p.

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, 2005, *La psychiatrie en France : quelles voies possibles?*, Rennes, Presses de l'EHESP, 93 p.

MITTY E. L., 1988, « Resource utilization groups. DRGs move to long-term care », *The*

Nursing Clinics of North America, 23(3), p. 539‑557.

MOISDON Jean-Claude, 2012, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et Société*, 80(1), p. 91‑115.

MONNIER Alain, **TACHON** Jean-Paul, 2015, « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 91(6), p. 455‑458.

MONTET Isabelle, 2010, « La réforme de la loi de 90 sera-t-elle postmoderne ? », *L'information psychiatrique*, 86(4), p. 287‑291.

MOREAU Delphine, 2015, *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, Ph.D. thesis, Paris, EHESS.

MOREAU Delphine, **LAVAL** Christian, 2015, « Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme "Un chez-soi d'abord" », *Alter*, 9(3), p. 222‑235.

MOREAU Delphine, **MARQUES** Ana, 2020, « Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital », *L'information psychiatrique*, 96(3), p. 177‑184.

MOREL Sylvie, 2016, « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé », *Agone*, 58(1), p. 73‑88.

MORIVAL Yohann, **LAZARUS** Jeanne, 2018, « Évaluateurs et bâtisseurs. Les inspecteurs généraux et la production de l'action publique », *Politix*, 124(4), p. 85‑110.

MORRIS Grant H, 2009, « "Let's Do the Time Warp Again": Assessing the Competence of Counsel in Mental Health Conservatorship Proceedings », *San Diego Law Review*, 46, p. 283‑342.

MOSSE Philippe, **PARADEISE** Catherine, 2003, « Restructurations de l'hôpital, recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 141‑155.

MOUGEOT Frédéric, 2013, « À quoi tient la mesure ? Engagement dans le travail et opérations de codifications. Le cas du travail infirmier en psychiatrie », *Les Cahiers Internationaux de Sociologie de la Gestion*, 11, p. 24‑35.

MOUGEOT Frédéric, 2015, *La pratique infirmière en psychiatrie : entre contraintes managériales et résistances cliniques*, thesis, Lyon 2.

MOUGEOT Frédéric, 2019, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Paris, Erès, Clinique du travail, 248 p.

MOUTAUD Baptiste, 2015, « Un « alien » dans le cerveau. Expérience sociale de la maladie mentale et idiome naturaliste des neurosciences », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11.

MOYAL Anne, 2019, « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », *Revue*

française de science politique, 69(5), p. 821‑843.

MOYAL Anne, 2020, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 103‑123.

MOYNIHAN Ray, **HEATH** Iona, **HENRY** David, 2002, « Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering », *British Medical Journal*, 324(7342), p. 886‑891.

MUSSELIN Christine, 1997, « Les universités à l'épreuve du changement : Préparation et mise en œuvre des contrats d'établissement », *Sociétés contemporaines*, 28(1), p. 79‑101.

MUSSELIN Christine, 2014, « Le changement dans les organisations : l'évolution des universités », *Administration Education*, N° 143(3), p. 43‑51.

NACU Alexandra, 2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du Travail*, 53(1), p. 109‑130.

NAVARRO Vicente, 1976, *Medicine under Capitalism*, New York, Prodist, 230 p.

NAVARRO Vicente, 1980, « Work, Ideology, and Science: The Case of Medicine », *International Journal of Health Services*, 10(4), p. 523‑550.

NEVEU Érik, 2015, *Sociologie politique des problèmes publics*, Armand Colin, U Sociologie, 288 p.

NOUGUEZ Étienne, 2016, « Gouverner la concurrence par les prix. La politique française des médicaments génériques », *in* **Dubuisson-Quellier** Sophie (dir.), *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, p. 229‑262.

NOUIRI-MANGOLD Sabrina, 2012, « Se distinguer dans un espace standardisé. Des greffières entre l'oral et l'écrit », *in* **Coton** Christel, **Proteau** Laurence (dir.), *Les paradoxes de l'écriture : sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Le sens social, p. 105‑125.

NUMERATO Dino, **SALVATORE** Domenico, **FATTORE** Giovanni, 2012, « The impact of management on medical professionalism: a review », *Sociology of Health & Illness*, 34(4), p. 626‑644.

ODIER Bernard, 2007, « Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP », *L'information psychiatrique*, 83(7), p. 539‑549.

OFFERLE Michel, 1998, *Sociologie des groupes d'intérêt*, 2e éd., Paris, Montchrestien, Clefs, 158 p.

OFFERLE Michel, 2020, « Groupe d'intérêt(s) », *in* **Filleule** Olivier, **Mathieu** Lilian, **Péchu** Cécile (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, 2e ed., Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 296‑302.

OGIEN Albert, 1989, *Le raisonnement psychiatrique : essai de sociologie analytique*, Paris, Méridiens Klincksieck, Réponses sociologiques, 274 p.

OGIEN Albert, 2013, *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public: conférences-*

débats organisées par le Groupe Sciences en questions à l'INRA en 2012: le 24 janvier à Rennes et le 14 février à Paris, Versailles, Quae, Sciences en questions, 119 p.

PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

PALIER Bruno, 2005, *Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige. Essais débats, 502 p.

PANFILI Jean-Marc, 2013, « Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique », *VST - Vie sociale et traitements*, 118(2), p. 104‑109.

PARADEISE Catherine, 2010, « Professions et organisations, la concurrence des régulations. Le cas de la profession académique », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 24, p. 53‑69.

PARSONS Talcott, 1960, *Structure and Process in Modern Societies*, Glencoe, Free Press, 344 p.

PAULET Catherine, 2012, « Le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire : Solutions de continuité ? », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*.

PECHILLON Éric, **DAVID** Michel, 2017, « Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? », *L'information psychiatrique*, 93(4), p. 349‑350.

PELISSE Jérôme, 2009, « Judiciarisation ou juridicisation ? Usages et réappropriations du droit dans les conflits du travail », *Politix*, 86(2), p. 73‑96.

PELISSE Jérôme, 2011, « La mise en œuvre des 35 heures : d'une managérialisation du droit à une internalisation de la fonction de justice », *Droit et Société*, 77(1), p. 39‑65.

PELISSE Jérôme, 2017, « Gérer les risques par le droit : articulation et intermédiation dans les laboratoires de nanosciences en France et aux États-Unis », *Droit et Société*, 96(2), p. 321‑336.

PELISSE Jérôme, **PROTAIS** Caroline, **LARCHET** Keltoume, **CHARRIER** Emmanuel, 2012, *Des chiffres, des maux, des lettres. Les experts judiciaires en économie, en psychiatrie et en langue*, Paris, Armand Colin, Recherches.

PENEFF Jean, 1992, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié / Le Seuil, 257 p.

PERROT Michelle, 1987, « Qu'est-ce qu'un métier de femme ? », *Le Mouvement Social*, 140, p. 3‑8.

PIERRU Frédéric, 2007a, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir, 319 p.

PIERRU Frédéric, 2007b, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, 14(1), p. 73‑83.

PIERRU Frédéric, 2011, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », *in* **Bezes**

Philippe, **Siné** Alexandre (dir.), *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, p. 393‑449.

PIERRU Frédéric, 2012, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194, p. 32‑51.

PIERRU Frédéric, 2013, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *in La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte, Recherches, p. 203‑230.

PIERRU Frédéric, 2015, « Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ? », *Les Tribunes de la santé*, 46(1), p. 65‑76.

PILLON Jean-Marie, 2016, « Le crédit des gestionnaires. Les contrôleurs de gestion de Pôle emploi entre conviction et prescription », *Sociologie du Travail*, 58(1), p. 32‑56.

PILLON Jean-Marie, **QUERE** Olivier, 2014, « La planification de l'action publique à l'échelle du planning . Usages et construction des emplois du temps dans l'administration », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 19.

PINTO Josiane, 1987, « Le secrétariat, un métier très féminin », *Le Mouvement Social*, 140, p. 121‑133.

PINTO Josiane, 2000, « Les secrétaires et la nouvelle économie des bureaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 134(1), p. 62‑65.

PONCELA Pierrette, **LASCOUMES** Pierre, 1998, *Réformer le code pénal : où est passé l'architecte ?*, Paris, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 309 p.

PORTER Theodore M., 1995, *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton, N.J, Princeton University Press, 310 p.

PORTER Theodore M., 2012, « Thin Description: Surface and Depth in Science and Science Studies », *Osiris*, 27(1), p. 209‑226.

PORTER Theodore M., 2018, *Genetics in the madhouse: the unknown history of human heredity*, Princeton, NJ, Princeton University Press.

PROTAIS Caroline, 2016a, *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1959-2009)*, Paris, Éditions de l'EHESS, Cas de figure, 312 p.

PROTAIS Caroline, 2016b, « Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique », *Mouvements*, 88(4), p. 27‑33.

RABEHARISOA Vololona, 2006, « Vers une nouvelle forme de travail médical ? Le cas d'une consultation en psychiatrie génétique de l'autisme », *Sciences Sociales et Santé*, 24(1), p. 83‑116.

RABEHARISOA Vololona, **CALLON** Michel, 1999, *Le pouvoir des malades : l'association française contre les myopathies et la Recherche*, Paris, Presses des Mines.

REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, 2014, « L'article 66 de la Constitution, le juge administratif et la protection des droits du malade mental », *Cahiers de la recherche sur les droits*

fondamentaux, 12, p. 29‑45.

REVET Sandrine, 2019, « Témoigner au procès de la catastrophe Xynthia. Dimensions juridiques et morales de la parole des victimes », *Droit et Société*, 102(2), p. 261‑279.

REVILLARD Anne, 2009, « Le droit de la famille : outil d'une justice de genre ? », *L'Année sociologique*, 59(2), p. 345‑370.

REVILLARD Anne, 2016, *La cause des femmes dans l'État. Une comparaison France-Québec*, Paris, Presses Universitaires de Grenoble, Libres cours Politiques, 266 p.

REVILLARD Anne, 2020, *Des droits vulnérables : handicap, action publique et changement social*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, 234 p.

RHENTER Pauline, 2004, *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*, Lyon 2.

RHENTER Pauline, 2010, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal français de psychiatrie*, 38, p. 12‑15.

ROBELET Magali, 1999, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 12(46), p. 71‑97.

ROBELET Magali, 2001, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité », *Sciences Sociales et Santé*, 19(2), p. 73‑98.

ROBELET Magali, 2002, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Ph.D. thesis, Aix Marseille 2.

ROBELET Magali, **SERRE** Marina, **BOURGUEIL** Yann, 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue francaise des affaires sociales*, 1, p. 231‑260.

ROBERT Jacques, 1990, « Les situations d'urgence en droit constitutionnel », *Revue internationale de droit comparé*, 42(2), p. 751‑764.

ROLLAND Christine, **PIERRU** Frédéric, 2013, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé Publique*, 25(4), p. 411‑419.

ROLLAND Christine, **SICOT** François, 2012, « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement & action publique*, 3(3), p. 53‑75.

ROSE Nikolas, 1991, « Governing by numbers: Figuring out democracy », *Accounting, Organizations and Society*, 16(7), p. 673‑692.

ROSE Nikolas, 2006, « Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique », *Sociologie et sociétés*, 38(2), traduit par **Namian** Dahlia, **Mineau** Suzanne, p. 113‑131.

ROSE Nikolas S., 1986, « Law, rights and psychiatry », *in* **Miller** Peter, **Rose** Nikolas S. (dir.), *The Power of psychiatry*, Cambridge [Cambridgeshire] : New York, NY, USA, Polity Press / Blackwell, p. 177‑213.

ROSE Nikolas S., 2007, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton University Press, Information series, 350 p.

ROSE Nikolas S., 2019, *Our psychiatric future: the politics of mental health*, Cambridge ; Medford, MA, Polity, 269 p.

ROT Gwenaële, 2014, « Noter pour ajuster. Le travail de la scripte sur un plateau de tournage », *Sociologie du Travail*, 56(1), p. 16‑39.

ROT Gwenaële, **BORZEIX** Anni, **DEMAZIERE** Didier, 2014, « Introduction. Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du Travail*, 56(1), p. 4‑15.

ROTHMAYR Christine, 2018, « Comment juger du succès ou de l'échec d'une politique ? », *in* **Blais** André, **Dufour** Pascale, **Faucher** Philippe, **Saint-Martin** Denis (dir.), *La politique en questions : Par les professeurs de science politique de l'Université de Montréal*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, Thématique Sciences sociales, p. 122‑129.

ROUTELOUS Christelle, 2008, *La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine*, Ph.D. thesis, Rennes, EHESP.

RYLE Gilbert, 1949, *The concept of mind*, New York, Barnes & Noble.

SABATIER Paul A., 1998, « The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe », *Journal of European Public Policy*, 5(1), p. 98‑130.

SAETTA Sébastien, 2011, « La construction langagière de la "vérité" judiciaire par les experts psychiatres et les magistrats », *Langage et société*, 136, p. 109‑128.

SAETTA Sébastien, 2012, *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles : de la production d'un discours à sa participation au jugement : Grand-Duché de Luxembourg et France*, These de doctorat, Toulouse 2.

SAETTA Sébastien, 2016, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. Ethnographie d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés », *Champ pénal/Penal field*, XIII.

SAETTA Sébastien, **SICOT** François, **RENARD** Tristan, 2010, « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviance et Société*, 34(4), p. 647‑669.

SALLE Grégory, **MOREAU DE BELLAING** Cédric, 2010, « Les grincements d'un rouage de l'État. Tensions et contradictions d'un greffe pénitentiaire », *Terrains & Travaux*, 17(1), p. 163‑180.

SALVIA Michel de, 2008, « L'administration d'une juridiction internationale : l'exemple du greffe de la cour Européenne des droits de l'homme », *Revue française d'administration publique*, 126(2), p. 333‑343.

SAURUGGER Sabine, 2002, « L'expertise : un mode de participation des groupes d'intérêt au processus décisionnel communautaire », *Revue française de science politique*, 52(4), p. 375‑401.

SCHEFF T. J., 1974, « The Labelling Theory of Mental Illness », *American Sociological Review*, 39(3), p. 444‑452.

SCHEINGOLD Stuart A, 1974, *Politics of Rights: Lawyers, Public Policy, and Political Change*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 280 p.

SCHNAPPER Dominique, 2011, « L'expérience-enquête au Conseil constitutionnel. Réflexion sur la méthode », *Sociologie*, 2(3), p. 295‑309.

SCHWEYER François-Xavier, 2005, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue francaise d'administration publique*, no116(4), p. 623‑638.

SCHWEYER François-Xavier, 2006, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV‑135, p. 45‑60.

SCHWEYER François-Xavier, 2018, « Réflexion sur l'évolution des métiers de dirigeants : le cas des directeurs hospitaliers », *in* **Marin** Philippe, **Tenne** Yannick (dir.), *Devenir cadre dirigeant : un parcours à construire*, Rennes, Presses de l'EHESP, Profession Cadre Service Public, p. 115‑123.

SEDGWICK Peter, 1982, *Psycho Politics. Laing, Foucault, Goffman, Szasz and the Future of Mass Psychiatry*, London, Pluto Press, The Politics of health, 292 p.

SELTENSPERGER Bernard, 2010, « L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1er août 2011 », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 36‑42.

SENON Jean-Louis, **JAAFARI** Nemat, 2008, « La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? », *L'information psychiatrique*, 84(6), p. 511‑518.

SERRE Delphine, 2001, « La "judiciarisation" en actes : le signalement d'"enfant en danger" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136(1), p. 70‑82.

SERRE Delphine, 2008, « Une écriture sous surveillance : les assistantes sociales et la rédaction du signalement d'enfant en danger », *Langage et société*, 126(4), p. 39‑56.

SERRE Delphine, 2009, *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*, Paris, Raisons d'agir, Cours et travaux.

SERRE Marina, 1999, « La santé en comptes. La mise en forme statistique de la santé », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 12(46), p. 49‑70.

SPIRE Alexis, 2005, *Etrangers à la carte. L'administration de l'immigration en France (1945-1975)*, Paris, Grasset, 402 p.

STAR Susan Leigh, **GRIESEMER** James R., 1989, « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, 19(3), p. 387‑420.

STARR Paul, 1982, *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books, 514 p.

STEINER Philippe, 2005, « Le marché selon la sociologie économique », *Revue européenne des sciences sociales*, XLIII(132), p. 31‑64.

STINGRE Didier, 2016, *Le service public hospitalier*, Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je?, 128 p.

STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales, 311 p.

SUPIOT Alain, 2010, *L'esprit de Philadelphie : la justice sociale face au marché total*, Paris, Le Seuil, 178 p.

SZASZ Thomas, 1961, *The Myth of Mental llness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Harper & Row, Perennial Library Psychology, 297 p.

SZASZ Thomas, 2009, *Coercion As Cure: A Critical History of Psychiatry*, Transaction Publishers, 295 p.

TALESH Shauhin, **PÉLISSE** Jérôme, 2019, « How Legal Intermediaries Facilitate or Inhibit Social Change », *in* **Sarat** Austin (dir.), *Studies in Law, Politics and Society*, p. 111‑145.

TARTOUR Tonya, 2015, *Rendre la norme praticable. Analyse de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie*, Mémoire de sociologie, Paris, Sciences Po, 113 p.

TARTOUR Tonya, 2018, « L'évincement de la capacité à consentir aux urgences psychiatriques », *in* **Eyraud** Benoît, **Minoc** Julie, **Hanon** Cécile (dir.), *Choisir et agir pour autrui? controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*, Montrouge, Doin, Polémiques, p. 195‑200.

TARTOUR Tonya, **BARNARD** Alexander, 2018, « Démocratie sanitaire à New York : la participation dans le contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement », *Participations*, 22(3), p. 83‑107.

TESSIER Laurence, 2016, « Devenir un informateur : le soupçon dans le diagnostic par l'entremise d'autrui », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 31, p. 109‑128.

TESSIER Laurence, 2019, « Scènes médicales de la simulation. Délibérer pour faire advenir de la vérité », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*.

THOITS Peggy A., 2005, « Differential Labeling of Mental Illness by Social Status: A New Look at an Old Problem », *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), p. 102‑119.

TIMMERMANS Stefan, **BERG** Marc, 2003, *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*, Philadelphia, Temple University Press, 269 p.

TIMMERMANS Stefan, **BUCHBINDER** Mara, 2010, « Patients-in-waiting: Living between sickness and health in the genomics era », *Journal of Health and Social Behavior*, 51(4), p. 408‑423.

TOCQUEVILLE Alexis de, 2004, *De la démocratie en Amérique. Les grands thèmes (Tome I)*, Paris, Gallimard, Folio / Histoire, 631 p.

TOPALOV Christian (dir.), 1999, *Laboratoires du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales, Civilisations et sociétés, 574 p.

TORRE-SCHAUB Marta, 2019, « Les dynamiques du contentieux climatique. Usages et mobilisations du droit pour la cause climatique », GIP Recherche Justice.

URFALINO Philippe, **BONETTI** Emmanuelle, **BOURGEOIS** Isabelle, **DALGALARRONDO** Sébastien, **HAURAY** Boris, 2001, « Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein », Centre de Sociologie des Organisations.

VALETTE Annick, **DENIS** Jean-Louis, 2003, « Analyse de l'action des Agences régionales de l'hospitalisation : vers une transformation de la gouverne publique ? », *Sciences Sociales et Santé*, 21(3), p. 5‑29.

VANHAMME Françoise, **BEYENS** Kristel, 2007, « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviance et Société*, 31(2), p. 199‑228.

VELPRY Livia, 2008, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, L'Harmattan, Sociétales, 332 p.

VELPRY Livia, 2009, « Violences, troubles psychiques et société », *Regards sur l'actualité : mensuel de la vie publique en France. La Documentation Française*, p. 22‑35.

VELPRY Livia, 2010, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie », *Journal français de psychiatrie*, 38(3), p. 16‑18.

VELPRY Livia, **EYRAUD** Benoît, 2014, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, 1(149), p. 207‑222.

VELPRY Livia, **SAETTA** Sébastien, 2018, « Immobiliser au cours du soin. Quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ? », *Le Journal des psychologues*, 358(6), p. 16‑19.

VICHARD Philippe, 2007, « La loi hospitalière du 21 décembre 1941 : origines, conséquences », *Histoire des sciences médicales*, 41(1), p. 61‑70.

VIDON Gilles, **HARDY-BAYLE** Marie-Christine, **YOUNES** Nadia, 2015, « Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins », *L'information psychiatrique*, 91(7), p. 602‑607.

VIGOUR Cécile, 2008, « Ethos et légitimité professionnels à l'épreuve d'une approche managériale : le cas de la justice belge », *Sociologie du Travail*, 50(1), p. 71‑90.

VIGOUR Cécile, 2011, « Choix politiques et inertie des dépenses. L'augmentation et les efforts de maîtrise du budget de la justice (1980-2010) », *in* **Bezes** Philippe, **Siné** Alexandre (dir.), *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Académique, p. 451‑489.

VIGOUR Cécile, 2018, *Réformes de la justice en Europe : entre politique et gestion*, Louvain-La-Neuve, De Boeck Supérieur, Ouvertures sociologiques, 336 p.

VINCENT Fanny, 2016, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en*

12 heures » à l'hôpital public, These de doctorat, Paris Sciences et Lettres.

WACQUANT Loïc J. D., 2009, *Punishing the Poor: the Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham, Duke University Press, Politics, History, and Culture, 384 p.

WARREN Carol A. B., 1982, *Court of Last Resort: Mental Illness and the Law*, Chicago, University of Chicago Press, 273 p.

WEBER Florence, **CHEVANCE** Astrid, 2020, « Perspectives méthodologiques comparées sur l'entretien clinique et la relation ethnographique avec des personnes suivies en psychiatrie », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 20.

WEBER Max, 1996, *Sociologie des religions*, traduit par **Grossein** Jean-Pierre, 2e édition, Paris, Gallimard, Tel, 545 p.

WEBER Max, 2008, *Économie et société. Les catégories de la sociologie*, Paris, Pocket, Agora, 410 p.

WELLER Jean-Marc, 1999, *L'état au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, Sociologie économique, 255 p.

WELLER Jean-Marc, 2018, *Fabriquer des actes d'État : une ethnographie du travail bureaucratique*, Paris, Economica, Études sociologiques, 313 p.

WELNIARZ Bertrand, **BOILLET** Didier, 2011, « La loi du 5 juillet 2011: une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins », *Perspectives Psy*, 50, p. 201‑209.

WILLEMEZ Laurent, 2003, « Quand les syndicats se saisissent du droit. Invention et redéfinition d'un rôle », *Sociétés contemporaines*, 52(4), p. 17‑38.

WILLEMEZ Laurent, 2012, « Les prud'hommes et la fabrique du droit du travail : contribution à une sociologie des rôles judiciaires », *Sociologie du Travail*, 54(1), p. 112‑134.

WILLEMEZ Laurent, 2020, « Droit et mouvements sociaux », *in* **Filleule** Olivier, **Mathieu** Lilian, **Péchu** Cécile (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, 2e éd., Paris, Presses de Sciences Po, Références, p. 199‑205.

WOLMAN Harold, 1985, « Les facteurs de réussite ou d'échec des politiques publiques », *Politiques et Management Public*, 3(3), p. 51‑95.

Annexes méthodologiques

Ces annexes méthodologiques présentent les différentes enquêtes menées au cours des cinq années de la thèse. Elles poursuivent plusieurs objectifs. D'abord, la présentation précise du terrain entend montrer au lecteur l'ampleur du travail empirique qui a présidé au travail analytique dont est issue la thèse. Je cherche ainsi à préciser les données qui ont été recueillies au cours de ces cinq années et qui, si elles ont largement participé à informer ma réflexion, n'ont pas été explicitement mobilisées dans la rédaction de la thèse. Ensuite, je souhaite par là préciser la pluralité de contextes de construction et de recueil des données empiriques. J'insiste notamment sur les enquêtes qui ont été menées collectivement ainsi que sur les difficultés d'accès au terrain auxquelles j'ai été confrontée à plusieurs reprises. Enfin, par l'explicitation des méthodes empiriques, qui n'ont pas toujours été le fruit de choix mais parfois de fortes déconvenues, j'espère permettre au lecteur de mieux comprendre le cheminement non seulement empirique mais également thématique et problématique de la thèse.

Les premières enquêtes sur les soins sans consentement (2014-2015)

Au printemps 2014, lorsque je terminais la première année du master de sociologie à Sciences Po, j'ai répondu à une offre de stage publiée par l'Institut de recherche et de documents en économie de la santé (IRDES). Pendant neuf mois, j'ai contribué à exploiter la base de données du RimP pour les années 2010 et 2012 dans l'objectif de rechercher les effets produits par la réforme de 2011 sur les soins sans consentement. J'ai été encadrée et accompagnée dans ce travail par Magali Coldefy et Clément Nestrigue.

Déjà décidée à produire un mémoire sur les soins psychiatriques, cette expérience de recherche a été pour moi déterminante. J'ai poursuivi le questionnement, sous la direction d'Henri Bergeron et de Patrick Castel, en étudiant la mise en œuvre de la réforme de 2011 à travers une ethnographie de deux mois dans un service d'urgences spécialisées d'un établissement parisien ainsi qu'un mois dans un service fermé. Aux urgences, j'ai observé les procédures d'évaluation et d'admission en hospitalisation sans consentement mises en œuvre par les professionnels du service. Au cours d'une seconde séquence ethnographique dans un service fermé d'hospitalisation du même établissement, j'ai observé le « travail bureaucratique » déployé dans le service et dans l'établissement pour produire des dossiers de contrainte irréprochables du point de vue du droit formel. Attentive aux appuis conventionnels

visant le respect du droit, j'ai mené en parallèle une campagne d'entretiens à l'ARS Île-de-France (N=3) ainsi qu'au ministère (N=4) avec des personnes en charge de la mise en œuvre du contrôle judiciaire.

Une réforme du financement imminente ? Enquêter sur l'absence de réforme

Dans le projet de thèse initial, rédigé à l'été 2015, il s'agissait d'étudier principalement la réforme du système de financement de l'activité hospitalière en psychiatrie qui, à écouter les discours dans les institutions, n'allait plus se faire attendre très longtemps. Ce sujet présentait donc une opportunité particulière pour moi qui souhaitais m'intéresser à la manière dont on construisait et mettait en œuvre les politiques publiques en psychiatrie. Bien sûr, j'étais consciente qu'il faudrait être patiente et de plus en plus disposée à l'éventualité que cette réforme n'aboutisse pas pendant la durée de la thèse tant les premiers entretiens avec des responsables au ministère me mettaient en garde sur la difficulté de ce thème et le temps que ça prendra – et celui de la thèse n'était pas illimité.

Pour me faire patienter jusqu'à la réforme, j'avais alors entrepris de retracer l'histoire de ses insuccès (et la reconfiguration de mon objet de thèse dont je vous livre ici la forme finale) à travers un travail d'archives. En fin d'année 2015, j'ai obtenu un accès aux archives du ministère de la Santé pour enquêter sur les tentatives de réforme jusque-là formulées. Malgré l'aide de Jean-Pierre Brière, archiviste au ministère, peu de sources directement liées au financement étaient présentes dans les cartons. J'ai tout de même parcouru des dizaines de chemises colorées, dont la plupart permettait de documenter le processus de formulation et d'évaluation des successifs Plans psychiatrie et santé mentale (PPSM). J'ai finalement écourté mon séjour de recherche archivistique au profit de la poursuite d'une enquête dans les agences régionales de santé. Ce travail a cependant permis de repérer avec profit certains acteurs importants dans la définition des politiques publiques dans les années 2000 que nous retrouvons sur différents dossiers de la psychiatrie dans cette période. Plusieurs des personnes inscrites sur ces documents n'ont jamais répondu à mes demandes d'entretien.

Alain Lopez, médecin de santé publique Inspecteur IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a présidé le groupe de travail sur la première version du PPSM au début des années 2000 ainsi que le « groupe des 13 » dont le travail débuté en 1990 a abouti à la mise en place du RimP dans les unités de soins en 2006. À la suite d'un premier entretien, Alain Lopez

m'a contactée pour m'annoncer son départ prochain en retraite. Ayant compris mon intérêt particulier pour l'histoire du RimP, il m'a alors offert de m'envoyer les documents y étant relatifs dans ses archives personnelles.

J'ai également effectué une série d'entretiens avec des personnalités du ministère de la Santé, à la Direction générale de la santé ainsi qu'à la Direction générale de l'offre de soins (N=5), à l'ATIH (N=3), dans les fédérations des établissements (N=2) ainsi qu'avec un médecin, Yvan Halimi, particulièrement actif dans les années 2000 et 2010 dans la mise en forme d'une réforme de financement. J'ai ensuite observé à quatre reprises, de 2017 à 2020, les Journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion organisée par l'Association des directeurs d'établissements en santé mentale (ADESM).

À partir de 2017, la réforme de financement a été conçue au ministère en même temps qu'ont été conduites d'importantes réorganisations pour structurer le travail relatif à la santé mentale au niveau national. Un comité de pilotage psychiatrie a été institué, rassemblant principalement des médecins psychiatres, ainsi qu'un conseil national de la santé mentale présidée par Alain Ehrenberg. Une « task-force » présidée par Didier Guidoni a été nommée pour proposer un nouveau système de financement. La réforme tant attendue a finalement été annoncée en septembre 2019 alors que l'écriture du présent manuscrit était entamée. Elle a été répétée dans des formes quasi identiques en octobre 2020. Toutefois, alors qu'elle devait être mise en œuvre progressivement à partir du 1er janvier 2021, la crise sanitaire de la Covid-19 a eu pour conséquence de reporter encore son déploiement. Rapidement, j'avais alors entrepris d'observer au niveau régional comment étaient distribués les budgets aux hôpitaux à partir de la dotation globale toujours en vigueur.

Poursuite de l'enquête sur les modes de financement au niveau régional. Retour réflexif sur un refus de terrain par omission à l'ARS Aquitaine

> *« Si ces négociations sont avant tout une condition de réalisation de l'enquête et un préalable nécessaire, elles peuvent aussi être construites comme un objet de plein droit de la recherche et devenir ainsi un véritable matériau d'analyse du terrain lui- même et non pas seulement de la position de l'enquêteur, de ses réussites et de ses échecs, ou de sa plus ou moins grande capacité, située, à négocier son entrée sur le terrain* [...] *Bien plus, même lorsque l'on se voit refuser l'entrée sur le terrain, on peut transformer en matériau d'enquête une expérience sociale désagréable pour l'enquêteur (parfois dans son déroulement, mais surtout par ce qu'elle implique comme coûts de réorientation du terrain). » (Darmon 2005, 99-100)*

Muriel Darmon récapitule ici le conseil répété aux jeunes doctorants, à savoir que *tout* peut être constitué comme matériau d'analyse et surtout les négociations (et leurs échecs) d'accès au terrain. En suivant cette recommandation, nous souhaitons présenter quelques éléments concernant un accès particulièrement difficile.

Comme pour Muriel Darmon, ce refus de terrain aussi cinglant que détourné, est venu clore la première année de ma thèse dans la douleur. Les premiers mois d'enquête ont été caractérisés par un désordre qui reflétait mes difficultés à comprendre les lignes d'autorité et de gouvernance des activités psychiatriques. Lors de mes entretiens au ministère, j'étais souvent renvoyée vers les Agences Régionales de Santé, dont on me disait qu'elles avaient un rôle de première ligne sur beaucoup de sujets qui m'intéressaient : élaboration, mise en place et évaluation des Projets Régionaux de Santé, premières destinataires des données issues du RimP remontées par les établissements, organe de financement direct des structures de soins, elles sont également chargées de récolter et archiver tous les documents relatifs aux soins sans consentement, etc. Assez vite, mon choix s'est tourné vers l'ARS Aquitaine située dans une ville qui remplissait plusieurs de mes critères, notamment d'accessibilité. J'y suspectais également une importance particulière de la politique de santé mentale (due à la personnalité du Directeur Michel Laforcade, particulièrement intéressé par les enjeux de santé mentale autour desquels une mission lui avait été confiée un an plus tôt). Ainsi dès le 5 novembre 2015, je contactai le chef de cabinet du Directeur Général de l'ARS pour organiser une première semaine d'entretiens à la fin du mois de novembre 2015 à Bordeaux.

Cette première semaine de terrain se déroule alors que la loi relative à la fusion des régions[1] doit être rapidement mise en œuvre, le 1er janvier suivant. Les premiers entretiens se déroulent bien. J'ai la chance de rencontrer plusieurs personnes dont le chef de cabinet du directeur général avec qui j'échange autour de la possibilité d'effectuer un « stage d'observation » à l'été 2016, ce qui lui paraît non seulement possible, mais également souhaitable étant donnée l'importance que prenait la question de la santé mentale dans ce territoire. Pourtant lorsque j'arrive à Bordeaux en mai 2016, comme prévu par la convention qui lie alors l'ARS et Sciences Po, les relations se distendent et les agents de l'ARS avec qui j'étais en contact cessent de répondre à mes messages.

[1] Loi nº 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

Il était convenu que je passe du temps avec les agents en charge des affaires financières (qui me feraient notamment participer aux réunions de modulation avec les représentants d'établissements), le responsable de la rédaction des plans régionaux (et son équipe). À partir de ces points pivots, je serais allée rencontrer d'autres agents plus ponctuellement. Mais alors que le stage devait commencer le 9 mai, je n'avais aucune nouvelle des différents agents qui avaient accepté de m'accueillir (au financement et à la définition de la stratégie régionale). Après un long week-end, j'ai recontacté ces personnes, en mettant le chef de cabinet en copie. Ce dernier me répond le même jour qu'il sera compliqué pour ces collègues de me recevoir à la date prévue. J'ai donc recontacté ces mêmes personnes quelques jours plus tard, afin de laisser passer le comité de direction. Après un déjeuner rapide avec le directeur des affaires financières, celui-ci a transféré mon mail de demande d'accès à d'autres personnes le 13 mai 2016. Je ne reçois pas de réponse à ce message et laisse passer la fin de semaine puis la Pentecôte. Je me déplace également au siège de l'ARS le 18 mai avec l'espoir de croiser des visages connus. Le personnel d'accueil me demande *qui* je suis venue voir et mes réponses ne les convainquent pas, malgré la convention de stage signée que je leur tends :

> Extrait journal de terrain, mercredi 18 mai 2016 à l'ARS Nouvelle-Aquitaine
>
> J'arrive à 10h du matin à l'entrée de l'ARS. Je ne suis pas très à l'aise, je ne sais pas encore quoi dire exactement au personnel de l'accueil. Depuis l'extérieur, j'observe le mobilier disponible. Il y a deux chaises accolées accessibles au public avant même de se présenter à l'accueil, à côté des présentoirs distribuant des documents d'information de santé publique. Plusieurs personnes sont entrées dans l'agence depuis que je suis arrivée, mais je ne connais personne. Après quelques minutes, je me décide à entrer dans la verrière où est situé le comptoir d'accueil et je décide de me diriger directement vers les deux personnes à l'accueil.
>
> « Bonjour, je suis stagiaire ici. (je montre directement la convention de stage)
>
> Vous savez où aller ?
>
> Euh… Non pas vraiment. En fait, je n'arrive pas à joindre mon maître de stage, alors…
>
> Qui est ?
>
> Sur le document, c'est le chef de cabinet, mais en fait je suis censée suivre différentes personnes.
>
> J'appelle qui ? »
>
> Elle appelle alors le chef de cabinet dont le numéro ne répond pas (je suis presque soulagée, je ne savais pas comment reprendre le contact). Je décide de m'asseoir un peu dans le hall d'entrée, en attendant la pause déjeuner. Je croise le responsable des affaires financières qui me demande si j'ai reçu des réponses ? Je lui dis que non et il me dit qu'il va voir ce qu'il peut faire.

Toujours sans réponse, je renvoie un message à toutes les personnes dont j'ai le contact au sein de l'ARS le 20 mai 2016, avec la convention de stage en pièce jointe. Mon mail ne recevant toujours aucune réponse, je renvoie un dernier mail le 3 juin 2016.

Enfin, le responsable des affaires financières qui s'était déjà montré plus enthousiaste que d'autres agents à mon sujet, me répond le 6 juin 2016 un message me prévenant que le mois de juin est très chargé et qu'il vaut mieux que l'on organise des entretiens au mois de juillet – je comprends alors que les observations des réunions, du travail ou encore des déplacements n'auront pas lieu. Nous convenons au téléphone de reprendre contact pour organiser des entretiens avec son équipe entre le 15 juin et le 8 juillet 2016.

L'article de Muriel Darmon (2005) rappelle que les lignes hiérarchiques peuvent s'empiler les unes sur les autres sans que cela permette un accès effectif au terrain. Elle l'illustre avec l'exemple d'une clinique : si l'accord du directeur médical ouvre l'accès à la négociation avec les chefs de service, il ne garantit pas leur consentement à l'enquête puisqu'eux-mêmes détiennent une autorité suffisante pour décider de la présence de l'ethnographe (ce que les infirmiers n'ont pas et l'accord du chef de service autorise de fait l'ethnographe à enquêter auprès du corps infirmier). Dans notre cas, ces différentes lignes d'autorité existent également. Ainsi, si le chef de cabinet de l'ARS avait donné son accord, le DGARS avait peut-être par la suite signifié son désaccord d'une part, et d'autre part le responsable des affaires financières ou encore le délégué au plan régional pouvaient chacun décider individuellement de ne pas me recevoir (de la même manière, il m'est apparu en rencontrant une personne chargée de la comptabilité et de la rédaction des notifications de crédits que son supérieur hiérarchique avait dû certainement lui forcer un peu la main pour m'accorder du temps).

Ensuite ce que Muriel Darmon décrit comme « *une posture de maîtrise du monde de l'enquêtrice elle-même* » (2005, p. 103) est une expérience largement partagée en situation d'enquête : non seulement les enquêtés pensent souvent être interrogés à titre d'*experts* dans leur champ, mais également, nombre d'entre eux se posent comme des experts de *notre* champ sociologique. Cette posture est très largement partagée parmi les psychiatres, qui sont « les plus littéraires des médecins ». En étant affiliée à un laboratoire de sociologie des organisations, cette même posture est largement empruntée par des acteurs que l'on peut rassembler sous le vocable de *policy makers.* Ils sont pour beaucoup d'agents des ARS et du ministère de la Santé diplômés de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à Rennes. La formation qui leur a été dispensée et les cursus qu'ils avaient suivis plus tôt (en économie, en gestion et en science politique pour la plupart) présentent un nombre d'heures important consacré à la

sociologie des organisations, et notamment aux apports de Michel Crozier aux sciences de la gestion. Sur ce terrain-là je n'ai pas été face à des accusations d'incompétence et la double « carte » Sciences Po et sociologie des organisations me paraissait même constituer un laissez-passer efficace. Bien sûr, les plus intéressés par la théorie des organisations d'entre eux ont tenté de me déstabiliser en me proposant de redéfinir ou reformuler le sujet de la thèse – en toute honnêteté, la première année de thèse est suffisamment synonyme d'inconstance pour que certaines des recommandations soient parfois accueillies avec avidité. De plus, j'avais pris soin de respecter, ce qui selon moi constituait, les règles de communication entre institutions : j'avais fourni un projet de recherche détaillé, l'avais accompagné d'une lettre à en-tête signée de la main de mon directeur de thèse et une convention de stage avait été signée entre l'ARS Aquitaine et Sciences Po. J'avais ainsi réuni, de mon point de vue, toutes les cautions institutionnelles nécessaires.

Chaque échange téléphonique, quand je les obtenais, me redonnait un peu d'espoir puisque les agents m'affirmaient un par un que « *ce sujet est immensément nécessaire* ! » (responsable du plan) ; « *cette question est intéressante, il faut absolument qu'on vous trouve une place* » (directeur des affaires financières) ; « *je pense que ce sera intéressant pour tout le monde, parce que la santé mentale est très délaissée et c'est bien d'en parler* » (chef de cabinet). Pourtant, chacun de ces échanges se soldait par le même silence en suivant. Comment l'interpréter ? Jean-Claude Chamboredon et ses coauteurs (1994) parlent de « domination masquée » lorsque celle-ci est euphémisée par le respect des règles élémentaires de courtoisie. Peut-être que l'excès d'enthousiasme des acteurs aurait dû me mettre sur la voie de l'ironie…

Aussi mauvaises qu'elles soient, le docteur Y propose à Murielle Darmon (2005) des justifications à ce refus catégorique de voir la jeune sociologue dans son service. Elle ne comprendrait rien aux enjeux médicaux et c'était de surcroît inutile puisqu'il pouvait lui-même lui faire le récit de sa pratique médicale. À l'ARS cependant, je ne décèle aucune justification de ce type dans les absences de réponse successives. En effet, je n'ai jamais eu à affronter un refus sec et définitif mais une intangible défection. À l'oral, il m'a toutefois été dit que la fusion toute récente des régions (entrée en vigueur six mois plus tôt) rendait ma présence difficile pour de simples questions pratiques : l'ARS Aquitaine devenant l'ARS principale de la Nouvelle-Aquitaine, des agents des autres sièges affluaient à Bordeaux, limitant ainsi le nombre de bureaux disponibles où il était possible de m'accueillir.

Au total, l'ethnographie de près de 3 mois que j'aurais dû conduire à l'ARS Aquitaine s'est vue ainsi remplacée par une série d'entretiens (N=12) entre la fin du mois de juin et le

début du mois du juillet et le recueil de sources documentaires concernant la répartition des budgets au sein de la région.

Ces difficultés d'accès au terrain administratif m'ont également conduite à être moins entreprenante avec des professionnels que je voulais rencontrer dans le centre hospitalier spécialisé le plus proche. L'une des médecins qui occupent plusieurs fonctions qui m'intéressaient (urgences et DIM) ne répondait pas à mes sollicitations depuis maintenant plus d'un an… J'avais rencontré à l'ARS deux médecins, l'un exerçant au CHS et l'autre spécialisée en santé publique à temps complet à l'ARS, qui m'avaient tous deux conseillé d'attendre d'être installée à l'ARS avant d'entrer au CHS. Ils m'introduiraient auprès de leurs collègues médecins une fois que ma place à l'ARS aura été déterminée.

Pendant les semaines que je passais à Bordeaux, je suis parvenue à élargir le périmètre de mes intérêts à d'autres terrains (peu mobilisés dans ce manuscrit pour conserver une cohérence d'ensemble) : notamment une structure d'appui régionale, agissant notamment auprès des établissements dans le cadre de l'accroissement des exigences qualité, une structure de formation locale en santé mentale ainsi que le psychiatre Michel Minard. J'ai rencontré dans ces lieux des personnes impliquées dans l'offre de soins en psychiatrie depuis les années 1970 en Aquitaine et qui m'ont offert une fenêtre d'observation passionnante sur les évolutions qu'a connues le champ ces trois dernières décennies.

Finalement, il me semblait que les informations obtenues lors des quelques entretiens que j'étais parvenue à mener entre 2015 et 2016 m'apprenaient des choses très intéressantes, particulièrement du point de vue de la modulation en partie liée à l'activité qui était effectuée en Aquitaine. Après avoir laissé passer du temps, j'ai recontacté des personnes rencontrées ou inaccessibles alors, lors d'un passage à Bordeaux à l'été 2019. Là encore, les contacts ont été difficiles, mais avaient permis de faire aboutir le recueil des données de terrain grâce à un entretien avec le Directeur des affaires financières de l'établissement principal ainsi que la médecin chargée du Département d'information médicalisée, une rencontre avec de nouvelles agentes du pôle de l'ARS chargé de développer la santé mentale sur le territoire, puis enfin en 2020 un entretien mené avec un addictologue du CHS. Des documents relatifs à l'évolution du modèle de modulation ont également été recueillis pour la période 2016-2019. Une comparaison avec l'Île-de-France a également été entreprise.

Le contrôle judiciaire des soins sans consentement à New York : le détour par les États-Unis

J'ai été bénéficiaire d'une bourse proposée par Sciences Po me permettant de séjourner trois mois à New York, de septembre à décembre 2016. J'ai bénéficié d'un rattachement au Département de sociologie de l'université de Columbia et de l'encadrement de Gil Eyal, ainsi que de la participation à son séminaire Science and Knowledge and Technology (SKAT). Alex V. Barnard était également présent à New York pour continuer sa recherche doctorale. Ensemble, nous avons entrepris une enquête sur le dispositif de contrôle judiciaire des soins sans consentement en psychiatrie dans l'État de New York. Dans ce cadre, nous avons observé près de 200 audiences dans trois établissements de la ville de New York et effectué des entretiens avec des professionnels médecins, avocats, juges ainsi que des agents de l'administration en charge, le *Mental hygiene Legal Service*. Les entretiens menés à New York n'ont pas été utilisés dans le cadre de la thèse et ne sont pas reportés sur le tableau récapitulatif des entretiens.

Poursuite de l'enquête sur les soins sans consentement : le contrôle judiciaire

Suite à une première collaboration avec Benoît Eyraud, nous avons élaboré un protocole d'enquête sur les audiences judiciaires des personnes hospitalisées sans leur consentement dans différents établissements en France. Pour diverses raisons, ce projet n'a pas pu aboutir. Néanmoins, j'avais déjà entrepris le travail de terrain au CHS du Rhône où j'avais observé près d'une centaine d'audiences. Ces observations ont été complétées par des entretiens avec des juges (N=3), une greffière (N=1) et des avocats particulièrement impliqués (N=3) dans ce contentieux. Des juges (N=3) et des avocats (N=2) ont également été rencontrés dans d'autres juridictions.

Là aussi des difficultés d'accès au terrain se sont posées, en partie dues à l'éloignement géographique du terrain qui ne me permettait pas une présence prolongée, si précieuse dans les liens ethnographiques. Les lignes hiérarchiques du tribunal ont été un obstacle certain, puisque chaque entretien avec les acteurs judiciaires était précédé de nombreux mails pour m'autoriser l'accès à tel ou tel juge. Les avocats enfin, dans le cadre de ce contentieux peu routinier pour eux, sont difficiles d'accès. Le manque de temps à dédier à un entretien, typique des professions libérales, se doublait d'une méfiance et d'un aveu d'incompétence parfois. Si les échanges

informels autour des audiences ont été des moments précieux pour saisir leurs représentations, et aussi leur inconfort pour certains, liés à ce rôle, la poursuite de la discussion en dehors de l'hôpital s'est avérée difficile à obtenir.

L'expérience de l'enquête collective : la pharmacie clinique en question

Ma bourse de thèse touchait à sa fin à l'automne 2017 et il me fallait penser au financement de la quatrième année (alors qu'en l'absence de contrat doctoral, je ne pouvais compter sur le chômage pour financer la rédaction de la thèse). Benoît Eyraud, nous a mis, Delphine Moreau et moi, en contact avec un pharmacien désireux de participer à un appel à projets lancé par la Fédération hospitalière de France invitant un service hospitalier et un centre de recherche sur les organisations à collaborer dans le cadre d'un projet de recherche. Nous avons été rapidement rejointes par Étienne Nouguez pour rédiger ensemble une réponse à l'appel à projet pour lequel nous avons obtenu le financement au printemps 2018. Alors que le terrain était engagé, Camille Lancelevée nous a complété cette équipe à l'automne 2018.

Le projet ambitionnait de documenter et d'analyser les déplacements professionnels permis par le développement d'activités de pharmacie clinique. Pour comprendre la manière dont cette activité s'introduit progressivement dans l'établissement, nous avons commencé par suivre les pharmaciens dans leurs activités auprès des prescriptions (*via* le logiciel informatique), auprès des prescripteurs (lors d'échanges plus ou moins formalisés) et auprès des patients. La deuxième phase ethnographique nous a menés au coeur des unités de soins afin d'évaluer la réception de ces activités par les professionnels en service. Un troisième volet dans le recueil des données a consisté à suivre la pharmacie clinique sous ses aspects institutionnels. Au total, nous avons mené ensemble plus de cent journées d'observation au sein du CHS Madeleine Pelletier, et plus de 40 entretiens avec des personnels médicaux, de la pharmacie ainsi que des services de direction de l'établissement. J'ai également profité d'être en immersion à l'hôpital pour poursuivre mes propres objets d'enquête sur ce nouveau terrain en interrogeant les personnels de direction (DAF, DRH, DIM, contrôleur de gestion, contrôleur qualité notamment), en observant les pratiques soignantes relatives au « codage » de leur activité et en assistant aux audiences qui se tenaient dans l'établissement.

Parce que des publications collectives sur cette recherche sont en cours de publication (et également par manque de temps), j'ai décidé de ne pas faire état des activités de pharmacie

clinique dans le manuscrit. À l'heure d'analyser les données issues des terrains précédents et de construire le manuscrit, cette recherche a largement contribué à ma réflexion. Le développement des activités de pharmacie cliniques dans le CHS Madeleine Pelletier relève de cette dynamique de progressif encerclement des psychiatres, que ma thèse entend éclairer. Au niveau du CHS Madeleine Pelletier, les pharmaciens s'allient d'ailleurs avec les professionnels non psychiatres, au premier chef desquels les médecins généralistes, pour prévenir et traiter les effets indésirables des médicaments psychotropes et permettre la compatibilité des prescriptions des psychiatres avec les enjeux somatiques. Cette alliance n'est qu'un exemple de ce que nous avons appelé les « jeux sur la frontière » qu'entreprennent les pharmaciens pour se faire accepter sur le territoire du soin, tout en conservant leur propre autonomie professionnelle

Entretiens cités dans la thèse					
N°	**Nom**[1]	**H/F**	**Organisation Lieu**	**Date**	**Réalisé**[2]
1	Dr. Berce Psychiatre	H	CHS Madeleine Pelletier (IDF)	nov. 2018	TT / DM
2	Dr. Constantine Psychiatre	H		oct. 2018	DM / CL
3	Dr. Parc Psychiatre	F		mars 2019	TT
4	Dr. Chotik Psychiatre	F		juin 2018	TT / DM
5	Dr. Varoufis Psychiatre	H		avril 2019	TT
6	Dr. Normet Psychiatre	H		nov. 2018	TT
7	Dr. Worms Psychiatre	F		nov. 2018	TT / DM
8	Psychiatre-addictologue	F		fév. 2019 sept. 2020	TT
9	Dr. Vallois Psychiatre et expert	H	CHS IDF	jan. 2016	TT / AB
10	Dr. Minard*[3] Psychiatre	H	CHS Dax	juil. 2016	TT
11	Psychiatre, Président du SPEP	H	SPEP	août 2016	TT / AB
12	Dr. Blond-Aubur Psychiatre	F		nov. 2015	TT
13	Dr. Yvan Halimi* Psychiatre	H	Groupe de travail VAP	nov. 2015	TT / AB
14	Dr. Gérard Massé* Psychiatre	H	MNASM	mars 2015	TT
15	Directrice adjointe	F	CHS Paris	jan. 2015	TT
16	Jeanne Chaumont Secrétaire médicale du service 51	F		fév. 2015	TT
17	Médecin DIM	H	CHS du Rhône	nov. 2017	TT
18	Cadre, bureau des entrées	F		jan. 2018	TT
19	Médecin DIM	H	CHS Madeleine Pelletier (IDF)	juil. 2019	TT
20	DAF	H		juil. 2019	TT
21	Contrôleur de gestion	H		juil. 2019	TT

[1] Identification telle qu'elle apparaît dans la thèse

[2] TT : Tonya Tartour ; AB : Alex V. Barnard ; CL : Camille Lancelevée ; DM : Delphine Moreau ; BE : Benoît Eyraud

[3] Après avoir explicitement recueilli leur consentement au cours de l'entretien, les noms des personnes identifiés avec un (*) n'ont pas été modifiés. Ils présentent des caractères publics qui rend difficile l'anonymisation.

22	DRH	H		juil. 2019	TT
23	Médecin Département d'information médicalisée	F	CHS Agnès Masson (Aquitaine)	juil. 2019	TT
24	Dr. Legrand Psychiatre	H		juil. 2016	TT
25	Dr. Regoli Psychiatre	H		nov. 2017	TT
26	DAF	H		juil. 2019	TT
27	Référente santé mentale, ARS IDF (2019-)	F	ARS IDF	août 2019 oct. 2020	TT
28	Référent santé mentale, ARS IDF (2014-2019)	H		avr. 2016	TT
29	Pôle soins sans consentement ; DT ARS IDF	F		mars 2015	TT
30	Conseiller juridique, ARS IDF	H		jan. 2015	TT
31	Référente chargée du développement mesures spécifiques, ARS IDF	F		avr. 2016	TT AB
32	Directeur des affaires financières (DAF)	H	ARS Aquitaine	nov. 2015	TT
33	Responsable des notifications financières	F		juil. 2016	TT
34	Responsable des projets FIR	F		juil. 2016	TT
35	Référent Santé mentale	H		nov. 2015	TT
36	Chef de cabinet du Directeur général	H		nov. 2015	TT
37	Médecin de santé publique, coordinatrice groupe de travail modèle de modulation	F		juil. 2016	TT
38	Formatrice	F	Association de formation, Aquitaine	juil. 2016	TT
39	Juge Porcat JLD	F	Tribunal du Rhône	déc. 2017	TT
40	Juge Dujardin JLD	H		fév. 2018	TT
41	Maître Duppe avocat	H		fév. 2018	TT
42	Maître Adam avocate	F		fév. 2018	TT
43	Maître Lina avocate	F		fév. 2018	TT
44	Marianne Vaquer, greffière aux HO	F		fév. 2018	TT
45	Maître Duchève avocate	F	Tribunal IDF	jan. 2019	TT

46	Juge Godet JLD	F		mars 2015	TT
47	Juge Marion Primevert* JLD	F		mars 2015	TT
48	Juge Tésor JLD	F		jan. 2019	TT
49	Juge Tachet JLD	H		fév. 2019	TT
50	Dr. Abrimine Médecine de santé publique	F	ATIH	oct. 2015	TT
51	Contrôleur de gestion	H		nov. 2017	TT
52	Contrôleuse de gestion	F		nov. 2017	TT
53	Denys Robiliard* député PS	H	Assemblée nationale	déc. 2015	TT / AB
54	Alain Lopez* Médecin	H	IGAS et groupe des 13	nov. 2015	TT / AB
55	Médecin de santé publique au bureau santé mentale de la DGOS	H	Ministère de la Santé	oct. 2015	TT
56	Médecin Bureau « parcours »	F		fév. 2016	TT / AB
57	Didier Guidoni* *Task force* financement de la psychiatrie	H		oct. 2019	TT

Observations des audiences JLD			
Lieu	Date	Nombre de cas traités	Nombre d'avocats
CHS du Rhône	Janvier 2018 (1/2)	15	2
	Janvier 2018 (2/2)	16	2
	Février 2018 (1/2)	13	2
	Février 2018 (2/2)	18	3
	Mai 2018 (1/2)	14	2
	Mai 2018 (1/2)	16	2
CHS Madeleine Pelletier (IDF)	Novembre 2018	10	2
	Décembre 2018 (1/2)	9	2
	Décembre 2018 (2/2)	12	2
	Janvier 2019	13	2
	Février 2019	11	2
Total	11 séances d'audience	147 cas d'audience	23 avocats

Table des encadrés

Chapitre liminaire : Des mots sur des maux : le *régime narratif d'objectivation* de la clinique psychiatrique 53

Encadré méthodologique : enquêter sur les pratiques cliniques 53
Encadré : Objectiver la folie et la maladie mentale au XIXe siècle, la constitution d'une science médicale 55
Encadré : Le service Camille Claudel, CHS Madeleine Pelletier 57
Encadré : Les urgences psychiatriques du CHS Paris 63

Chapitre II : Réformer les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : redistribution des pouvoirs et rationalisation du droit 120

Encadré méthodologique : Sources et méthodes 120
Encadré : Rationalisation de l'habeas corpus dans des textes de droits positifs : les apports du développement institutionnel des instances de droit supranationales 126
Encadré : Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), entre protection des droits et bureaucratie 131
Encadré : La MNASM comme exemple de l'institutionnalisation de l'expertise militante 135
Encadré : Sorties d'essai et programme de soins : deux dispositifs entre liberté, soins et contrainte 138
Encadré : Le rôle des Inspections dans l'action publique 143

Chapitre III : Remplir l'exigence bureaucratique ou construire un nouvel agencement institutionnel ? 174

Encadré : Jeanne Chaumont, secrétaire médicale « La loi ici, c'est elle » 191
Encadré : « Veiller au grain », petite sociologie du greffe 204
Encadré : Une approche de la division genrée de la mise en œuvre du contrôle judiciaire 209

Chapitre IV : Un « retournement » du dispositif de garantie des droits ? Renforcement de la logique professionnelle contre le patient 221

Encadré méthodologique : l'observation des audiences JLD 223
Encadré : L'encadrement institutionnel progressif de l'isolement et de la contention : quel rôle pour le juge ? 249

Chapitre V : L'improbable réforme du système du financement de la psychiatrie et ses controverses 287

Encadré : L'ATIH, vers l'autonomisation de l'expertise médico-économique ? 313

Chapitre VI : Gouverner l'activité psychiatrique par ses financements. L'échelle locale de la mise en économie des soins psychiatriques 331

Encadré méthodologique : l'enquête en Aquitaine centrée sur l'ARS (2015-2020) 350
Encadré méthodologique : l'enquête en Île-de-France centrée sur l'établissement Madeleine Pelletier (2014-2020) 359

Table des matières

Remerciements **9**

Liste des sigles **13**

Sommaire **15**

Introduction générale. L'hôpital psychiatrique toujours au temps des réformes **17**

Le problème singulier de la rationalisation d'une activité marginale par le droit et l'économie 20

Placer les juges contre les médecins, tout contre. L'instauration du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement 24

Le contrôle institutionnel et managérial des pratiques de soins : étudier les modalités de financement de la psychiatrie 26

Soigner l'institution et les malades : le pouvoir exorbitant du psychiatre 28

Enchevêtrement des pouvoirs médicaux et administratifs dans la loi de 1838 28

Quand les psychiatres ouvrent l'asile. Le nouveau moment de problématisation du pouvoir psychiatrique 33

Contre-pouvoirs et changement institutionnel : les instruments de l'administration du désordre 36

Organiser et financer le système de santé 37

Encadrer les asymétries et le discours des droits : le cas paradigmatique de la contrainte aux soins en psychiatrie 42

Terrains et méthodes : réinvestir la dimension hospitalière de la psychiatrie 46

Annonce du plan 51

Chapitre liminaire : Des mots sur des maux : le *régime narratif d'objectivation* de la clinique psychiatrique **53**

Introduction 53

A. Techniques de l'écoute et du regard : accumuler des preuves 56

1) L'entretien clinique 57

2) Le regard clinique et le « tout pathologique » 65

3) Méfiance et nécessité : le statut ambivalent des sources secondaires extérieures 70

4) La division du travail de recueil de données 75

B. Techniques de langage et configurations sémantiques : un travail d'alignement narratif 80

1) Le « tableau psy » : casuistique et mise en scène de l'incertitude 82

2) Les qualifications diagnostiques comme activité collective 85

3) Les cas limites pour dessiner les frontières du territoire psychiatrique : les épreuves du diagnostic 92

Conclusion : une clinique problématique ? 98

Première partie : Gouverner par le(s) droit(s). Genèse et effets du contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement ***102***

Introduction de la première partie : Le droit et la justice comme registre normatif et ressort réformateur **104**

Les psychiatres et leur pouvoir 105
Bref retour historique sur la construction et la stabilisation d'une certaine configuration des pouvoirs (1790-1980) 105
Des professions et des institutions 111
Pour une approche pluraliste du droit 112
Justice et psychiatrie 113
Des processus juridiques de régulation 114
La portée politique du et des droits 116
Problématique et plan 118
Chapitre II : Réformer les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : redistribution des pouvoirs et rationalisation du droit 120
Introduction 120
A. Dans l'attente d'une réforme : coopération des professionnels avec les pouvoirs publics ou configuration de l'expertise ? 124
1) Des années 1960 aux années 1990 : une critique de l'asile renouvelée et une attention à l'arbitraire redoublée 125
2) Des attentes déçues par la loi de 1990 129
3) Configuration de l'expertise : des professionnels partagés sur le recours à la contrainte en ambulatoire 134
B. Fenêtres d'opportunité manquées et mise à l'agenda politique : vers une surpolitisation du débat entre protection des droits et sauvegarde de l'ordre public 140
1) Nicolas Sarkozy, comme entrepreneur de politique publique ? Le renouveau du problème de la dangerosité 141
2) Le projet de loi comme vecteur de reconfiguration des acteurs ? 150
C. L'arène judiciaire comme enjeu et espace de la lutte : l'action organisée des associations d'usagers 155
1) Le Groupe Information Asiles, d'un usage défensif à un usage offensif du droit . 156
2) Les actions victorieuses des usagers : questionner l'objectivité du droit 159
D. Synchronisation des coalitions entre compromis et compromission 162
1) Une loi de compromis sans compromis parlementaire 163
2) Une décision qui n'épuise pas les controverses 168
Conclusion : Vers un assujettissement de la logique des soins à la logique des droits ? 171
Chapitre III : Remplir l'exigence bureaucratique ou construire un nouvel agencement institutionnel ? 174
Introduction 174
A. Des dossiers dans un réseau de contrainte 177
1) Approcher l'activité professionnelle par ses dimensions scripturales 178
2) Intermédiaires du droit et réseau prescriptif 181
B. Mise en œuvre et mise en preuve : entre formalisme et légalisme de l'institution hospitalière 183
1) « Des vies mises en dossier ». L'action coordonnée des médecins et des secrétaires médicales 183
2) Le rôle des institutions de régulation dans le réseau prescriptif 197

C. « De l'huile dans les rouages » : les efforts de coordination pour la mise en œuvre de l'action publique ou la redéfinition organisationnelle des logiques institutionnelles entre hôpital et tribunal 202
1) Un effort organisationnel déployé conjointement par le greffe du tribunal et les établissements 203
2) Médecins et magistrats : « des gens avec qui on peut parler ». Coopérer pour le respect du ou des droit(s) ? 212
3) Les avocats entre opposition et coopération 215
Conclusion : le travail organisationnel pour agencer les institutions 218

Chapitre IV : Un « retournement » du dispositif de garantie des droits ? Renforcement de la logique professionnelle contre le patient 221
Introduction 221
A. Les audiences comme construction et jugement du cas : les modalités d'appropriation des savoirs médicaux par le juge 224
1) Mise en récit et travail d'alignement : les sources de la fiction 227
2) Les ressources du pouvoir judiciaire : une échelle de la sanction 234
B. Contours et contournements : une construction juridictionnelle en interaction et face au patient 242
1) Entre évocation et invocation du juge : légitimer la décision et réinvestir le territoire du soin 242
2) « Je ne suis pas médecin » : stratégies de contournement et émergence d'une juridiction inoccupée ? 246
C. Un « retournement » du dispositif d'accès aux droits 254
1) Un contrôle pas si formel 255
2) Un dispositif d'expertise morale ? 257
Conclusion : Renforcement de la logique professionnelle 264

Conclusion de la première partie : De la contestation du pouvoir psychiatrique à son renforcement 267
Le geste organisationnel : formaliser les relations et désactiver les droits 268
Domestiquer la critique de l'arbitraire et dépolitiser la question de l'enfermement 269

Seconde partie : Gouverner (par) les financements. La singulière mise en économie de la psychiatrie 271

Introduction de la seconde partie : La mise en économie des soins psychiatriques 273
Volume et répartition des financements hospitaliers en psychiatrie 274
Les instruments de la mise en économie de la psychiatrie 281
Problématique et présentation du plan 285

Chapitre V : L'improbable réforme du système du financement de la psychiatrie et ses controverses 287
Introduction 287
A. Inventer la mise en économie de la psychiatrie : d'une démarche singulière à l'extension du PMSI à la psychiatrie (1990-2000) 291
1) Une démarche propre à la psychiatrie pour poursuivre sa réforme organisationnelle ? L'installation du groupe 13 en 1990 292

2) L'extension du PMSI au champ de la psychiatrie. Un enrôlement forcé du Groupe des 13 (1992-1998) ? 300
B. Le péril expérimental ou la structuration conjointe de l'instrument et de ses controverses (2000-2005) 305
1) Tentative de généralisation du recueil PMSI 306
2) Les formes originales de la mobilisation collective contre l'outil PMSI : substituer une expérimentation à une autre 309
C. Concilier l'impératif gestionnaire et les spécificités de la psychiatrie : la Valorisation de l'activité en psychiatre et la mise en place du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (2005-2014) 317
1) Élaborer un système de financement hybride proposé par les professionnels : la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP) 317
2) La mise en œuvre du Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie (RimP) comme coup d'arrêt de la Valorisation à l'activité en psychiatrie (VAP) 320
3) Encastrements professionnels, organisationnels et institutionnels du RimP 325
Conclusion : une mise en économie sans financement 328

Chapitre VI : Gouverner l'activité psychiatrique par ses financements. L'échelle locale de la mise en économie des soins psychiatriques 331
Introduction 331
A. Un espace d'échange fortement contraint et régulé 333
1) La fonction régulatrice des ARS : un système d'attentes stabilisées quant à la définition des biens 334
2) La régulation instrumentale des ARS : inscrire le « parcours » dans des instruments 337
B. Quand les restrictions budgétaires pèsent. Incertitudes et stratégies budgétaires .. 346
1) Des modulations plurielles des Dotations annuelles de financement (DAF) 347
2) Dégager des marges budgétaires : politiques du temps de travail et développement d'activités financées à la Tarification à l'Activité (T2A) 359
C. La bonne distance du gouvernement des conduites par le financement sur projets .. 366
1) Gouverner les conduites économiques 368
2) Gouverner les conduites organisationnelles 373
3) Gouverner les conduites prospectives 379
Conclusion : les psychiatres enrôlés dans une réforme organisationnelle orchestrée par les pouvoirs publics 382

Conclusion de la seconde partie : le sentier institutionnel de la psychiatrie et sa réforme organisationnelle 386
Une réforme organisationnelle en deux dimensions 386
Une réforme isomorphique ? 387
Épilogue : Une réforme en gestation ? 390

Conclusion générale 396
La mise en ordre organisationnel. Relations professionnelles et institutionnelles 397
Le rapprochement fécond de deux tensions réformatrices : droit(s) et économie(s) dans la rationalisation des activités 401

Les recompositions du travail clinique 402
Bibliographie 404
Annexes méthodologiques 441
Table des encadrés 456
Table des matières 458