



HAL
open science

Heurs et malheurs de l'institution psychiatrique

Jacques Chevallier

► **To cite this version:**

Jacques Chevallier. Heurs et malheurs de l'institution psychiatrique. L'institution psychiatrique au prisme du droit. La folie entre administration et justice, , 2015, 979-10-904429-57-4. hal-01722478

HAL Id: hal-01722478

<https://hal.science/hal-01722478>

Submitted on 4 Mar 2018

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.

HEURS ET MALHEURS DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

Jacques Chevallier

Professeur émérite de l'Université Panthéon-Assas (Paris 2)

CERSA-CNRS

Le vocable d' « institution psychiatrique » recèle un certain nombre d'ambiguïtés qui ne sont que le reflet de la plasticité du concept même d'institution. En tant qu'armature de la vie collective, les institutions englobent en effet des réalités de nature diverse, qui se situent sur des plans différents, mais cependant interdépendants et imbriqués (significations, rapports sociaux, entités collectives).

Par institution psychiatrique, on peut entendre l'ensemble des dispositifs mis en place pour traiter de la maladie mentale : sa construction est passée par la spécification du problème de la maladie mentale, distinguée d'autres formes de déviance ou d'inadaptation sociale, ainsi que de la conception ancienne de la folie, la production de savoirs la concernant, la définition de modes de traitement appropriés, dans le cadre d'une vision thérapeutique, la formation d'un corps de professionnels (les psychiatres) chargés de cet office ; l'institution psychiatrique ainsi entendue est formée d'une série de composantes, publiques et privées, fermées et ouvertes, qui concourent à l'offre de soins en matière de santé mentale, en constituant un ensemble cohérent et articulé. En tant qu'instance de normalisation visant à réinsérer les intéressés dans les circuits sociaux, elle apporte une contribution de première importance à la préservation de l'ordre social.

L'institution psychiatrique peut être cependant entendue dans un sens plus étroit et plus spécifique, indissociable du contexte historique dans lequel la lutte contre la folie a été conçue : elle prend la forme d'établissements spécialisés, asiles ou hôpitaux psychiatriques, dans lesquels les personnels atteints de démence sont internés ; le dispositif de lutte contre la maladie mentale a été construit à partir et autour de ces établissements, qui constituent chacun un microcosme social, une institution singulière, tout en présentant certains traits communs et spécifiques par rapport aux autres types d'institutions. L'institution psychiatrique désignera alors un mode particulier de traitement de la maladie mentale par voie d'enfermement dans un espace clos, coupé du monde extérieur.

C'est de ce modèle institutionnel qu'il sera question ici : si ce modèle s'est imposé avec l' « âge d'or de l'aliénisme », il a été sensiblement infléchi au cours des dernières décennies¹ : non seulement l'hôpital psychiatrique ne constitue plus qu'un élément parmi d'autres d'un système de santé mentale s'appuyant sur d'autres supports, mais encore ses principes d'organisation ont subi de profondes modifications. L'institution psychiatrique conçue comme institution totale (I) connaît un processus de reconfiguration qui tend à modifier sa consistance même (II).

I. L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE COMME INSTITUTION TOTALE

Si, à l'instar des autres institutions, l'institution psychiatrique se présente comme un dispositif de normalisation, s'efforçant d'obtenir de la part de ses ressortissants des comportements

¹ Robert CASTEL (*L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Ed. Minuit, 1972, p. 13) parle de « métamorphose », le bouleversement de la problématique traditionnelle de la santé mentale ayant entraîné la modification des équilibres du système asilaire.

conformes, elle est dotée d'attributs singuliers : non seulement le traitement de la maladie mentale qui constitue son principe d'action et son point d'ancrage dans l'espace social, la fait intervenir, comme la prison, tout au bout de la chaîne que forment les institutions sociales², mais encore elle dispose d'une emprise toute particulière sur ses ressortissants, du fait de la conjugaison des éléments de fermeture et de coercition³ ; par sa dimension d'institution « totale », l'institution psychiatrique se rapproche de la prison, même si leur logique d'action est différente. Cette construction est le produit d'une évolution historique qui a contribué à dessiner ses contours.

1.1. Genèse

L'institution psychiatrique a été édifiée à partir d'un principe fondamental d'*enfermement*. Ce principe a été posé, comme l'a montré Michel Foucault⁴, dès le « grand renfermement » qui s'est produit au milieu du XVII^e siècle : les insensés sont alors voués à être internés, en même temps que les mendiants, les errants, ou les « correctionnaires », dans des « hôpitaux généraux » chargés d'accueillir les diverses catégories de la population en marge de la société⁵. La « contrainte physique et morale », qui se substitue aux mesures précédentes d'exclusion est sous-tendue exclusivement par une préoccupation de « police » : il s'agit avant tout de protéger la société contre les menaces possibles de désordre.

La fin du « grand renfermement », pour des raisons principalement économiques (il s'agit de rendre au travail les indigents valides), conduira à se pencher sur la situation spécifique des aliénés. Dès avant la Révolution, les précurseurs prôneront une autre manière de traiter la folie⁶, passant notamment par la création de lieux spécialisés, et le principe selon lequel les personnes « détenues pour cause de démence » doivent être « soignées dans des hôpitaux spécialisé » sera solennellement posé en 1790 (article 9 du décret du 27 mars 1790)⁷, même s'il restera dans une large mesure lettre morte⁸.

² L'ordre social se présente comme un réseau d'institutions en cascade, intervenant l'une après l'autre pour assurer la couverture intégrale de l'espace social et corriger leurs ratés respectifs : les institutions « de dernier recours » (prisons, hôpitaux psychiatriques) interviennent au terme de ce processus pour tenter de corriger les échecs de l'entreprise de socialisation (CHEVALLIER J., « L'analyse institutionnelle » in CURAPP, *L'institution*, PUF, 1981, p. 21). Comme le dit Erving GOFFMAN (*Asiles*, 1961, Ed. Minuit 1968, p. 406), l'hôpital psychiatrique est « un maillon dans la chaîne des institutions destinées à accueillir certaines catégories de personnes gênantes pour la société ».

³ Amitai ETZIONI (*Les organisations modernes*, Prentice Hall, 1964, Duculot, 1971) distingue trois catégories de contrôle institutionnel : le contrôle fondé sur l'application de moyens « physiques » définit le pouvoir « coercitif », qui prédomine dans les institutions fermées ; le contrôle fondé sur l'utilisation de moyens « matériels » constitue le pouvoir « utilitaire », qui l'emporte dans les entreprises ; le contrôle fondé sur le recours à des « symboles » désigne le pouvoir « normatif », qui est la règle dans les institutions religieuses, les partis ou les écoles.

⁴ *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

⁵ Création en 1656 à Paris de l'Hôpital Général, avant que l'édit royal du 16 juin 1676 ne généralise l'institution en prescrivant l'établissement d'un hôpital général dans chaque ville.

⁶ Voir l'« Instruction sur la manière de gouverner et de traiter les aliénés » de COLOMBIER et DOUBLET (1785) ou le projet d'hôpital pour les malades de l'esprit élaboré par TENON (1787).

⁷ GAUCHET M., SWAIM G., *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard 1989, Réédition, 2007.

⁸ La Maison nationale de Charenton, créée par l'arrêté du 27 prairial an V, est le premier établissement consacré au traitement des aliénés. Si les hôpitaux de Bicêtre et de La Salpêtrière mettent en place des services spécialisés pour l'accueil des intéressés (1807), ceux-ci continuent ailleurs à relever de structures de nature très diverse, notamment d'établissements pénitentiaires

La « *médicalisation de la folie* », qui s'impose à la faveur des travaux de Pinel⁹ et d'Esquirol pour qui le fou est un malade qui peut guérir, ne signifie pas pour autant que la logique d'enfermement soit mise en cause : elle trouve au contraire dans la finalité thérapeutique une nouvelle justification ; « l'isolement » par rapport au monde extérieur est considéré comme un moyen de guérison, il devient un « acte thérapeutique qui vise à guérir un malade »¹⁰. La clôture institutionnelle s'en trouve par-là même légitimée. L'enfermement n'est cependant pas seulement justifié par une préoccupation thérapeutique : il a aussi toujours pour fonction de protéger la société contre les désordres possibles ; « la fonction de protection contre les périls provoqués par les insensés et la guérison des malades trouvent finalement une soudaine harmonie »¹¹, fût-ce au prix d'une tension latente.

La loi du 30 juin 1838 constitue le point d'aboutissement de cette évolution. S'inscrivant dans la perspective de médicalisation de la folie dégagée par Pinel et Esquirol, elle concrétise enfin le principe posé à la Révolution, en faisant obligation à chaque département de disposer d'un établissement spécialisé, l'asile, chargé de recevoir et de soigner les malades mentaux, les soins prodigués étant gratuits pour les indigents. Adhérant à l'idée selon laquelle « l'isolement seul guérit », elle entérine la logique d'enfermement sous contrainte héritée du passé, via deux voies, celle du placement volontaire, à la demande de l'entourage après avis d'un médecin, celle du placement d'office sur décision du préfet, en cas de trouble à l'ordre public, les médecins étant juges du bien-fondé d'un placement et de la guérison de l'intéressé. L'institution psychiatrique est donc placée sous le signe d'une contrainte imposée au malade, pour son bien mais aussi pour la protection de la société ; l'ordre public se profile derrière le souci thérapeutique.

L'institution ainsi conçue présente des caractéristiques singulières.

1.2. Morphologie

L'institution repose sur la conjugaison des deux principes indissociables de *fermeture* et de *coercition*.

D'une part, conformément à la logique d'isolement prônée par Pinel, l'asile constitue un lieu clos, une microsociété vivant repliée sur elle-même et gouvernée par ses propres règles : coupés de leur environnement, les malades sont mis à l'écart, retranchés des circuits sociaux ; la diversité des attaches, la pluralité des appartenances, qui sont la règle dans la vie normale, fait place à un seul cadre de vie. L'institution entend par là exercer une autorité exclusive et sans partage sur ses ressortissants : l'entrée dans l'institution entraîne la rupture avec les liens antérieurs ; l'existence va se dérouler désormais dans le même espace-temps. Cette coupure avec le monde extérieur se manifeste dès l'entrée par ce que Goffman décrit comme des « techniques de mortification »¹², série d'humiliations, de dégradations, de profanation de la personnalité : le rituel d'admission a pour objectif de couper l'interné de ses attaches précédentes, en le privant de ses points de repère familiers, en le dépouillant du soutien que lui assurait son environnement domestique ; et les domaines les plus intimes de sa vie privée vont se trouver exposés, à travers l'inventaire des antécédents et des comportements antérieurs. Par la suite, les contacts avec l'extérieur se feront selon des modalités strictement réglementées et contingentées (correspondance, colis, visites, sorties).

⁹ Pour PINEL, « les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison ».

¹⁰ FOUCAULT M., *op. cit.*, p. 149.

¹¹ *Ibid.*, p. 452.

¹² *Op.cit.* pp. 56 sq.

D'autre part, la contrainte, inhérente au processus d'internement, est omniprésente dans le fonctionnement de l'institution¹³. Au sein de l'hôpital psychiatrique, existe une coupure radicale, une distance infranchissable entre le personnel médical, « qui représente les normes, les mythes et les pouvoirs de la vie normale pour des sujets définis par l'abolition de tous les privilèges d'une existence libre »¹⁴, et les internés : d'un côté le savoir, le pouvoir, la liberté ; de l'autre, l'ignorance, la dépossession de soi, la dépendance. Détenant le monopole du savoir, le privilège de la compétence, le médecin dispose au sein de l'asile d'une autorité absolue et sans partage, confortée par l'exercice des fonctions de direction de l'établissement : « la confiscation du pouvoir administratif au sein de l'hôpital » fait du médecin le « maître de l'asile »¹⁵. Michel Foucault parle d'« apothéose du personnage médical. Le médecin devient la figure essentielle de l'asile. Il en commande l'entrée. A l'intérieur, il prend une place prépondérante »¹⁶ ; pouvoir médical et pouvoir administratif se trouvent réunis dans les mêmes mains.

La logique disciplinaire qui préside au fonctionnement hospitalier se traduit par la « profusion de règles », via le règlement intérieur, prévu dès l'ordonnance de 1839¹⁷, aboutissant à une « codification intégrale des conduites » : l'utilisation du temps comme le déplacement dans l'espace sont minutieusement réglés, de façon à exclure toute improvisation, toute prise d'initiative, toute manifestation de libre-arbitre ; l'institution s'approprie ainsi l'existence individuelle sous toutes ses formes. Tout non-respect des règles sera réprimé, sous couvert de mesure médicale (contention, isolement, douche froide). Le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique ne saurait pourtant être réduit à ce carcan rigide : Erving Goffman a bien montré qu'il existait en son sein « une vie clandestine »¹⁸, passant par des relations informelles de tous ordres : il est possible de « faire son chemin dans un hôpital psychiatrique », en mobilisant certaines ressources (« matériaux ») et en utilisant des « terrains de manoeuvre », et des « adaptations secondaires » permettent au reclus de contourner les règles fixées, en obtenant des satisfactions interdites ou en utilisant des moyens défendus¹⁹.

L'existence d'un milieu clos et d'une vie réglée dans toutes ses facettes entraîne un phénomène de *sur-adaptation* à l'institution, rendant difficile la sortie et la « rentrée dans le monde » : la « fonction de refuge » remplie par l'asile contribue à en faire « un univers concentrationnaire d'où les individus, une fois rentrés, ne pouvaient plus sortir, fossilisés matériellement, socialement et psychologiquement »²⁰ ; et la sortie ne signifiera pas pour autant l'effacement des stigmates de l'enfermement.

Les principes de fermeture et de coercition sur lesquels repose le fonctionnement traditionnel de l'hôpital psychiatrique ne lui sont pas propres : d'autres institutions, spécialisées dans le gardiennage de certaines catégories de la population, sont fondées sur les mêmes principes

¹³ CHEVALLIER J., « For intérieur et contrainte institutionnelle, in CURAPP, Le for intérieur, PUF, 1995, pp. 251-266

¹⁴ CASTEL R., *op. cit.*

¹⁵ « L'asile », *Recherches*, n° 31, février 1978 (analyse partant de l'observation de l'hôpital de Ville-Evrard).

¹⁶ *Op. cit.*, p. 523.

¹⁷ Dans l'institution totalitaire, le droit sert, non plus à encadrer les comportements, mais à forger par une réglementation tâtilonne et multiforme, des comportements conformes : il se transforme en instrument « disciplinaire », servant à produire des individus soumis et dociles (LOSCHAK D., « Droit et non-droit dans les institutions totalitaires », in CURAPP, *L'institution*, PUF, 1981, pp. 527 sq.

¹⁸ *Op. cit.*, pp. 263 sq.

¹⁹ Tout comme le processus disciplinaire dans les prisons relève de pratiques de négociation entre détenus, surveillants, hiérarchie et direction (ROSTAING C., « L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire », *Droit et Société*, n° 87, 2014, pp. 303-328).

²⁰ *Recherches préc.*

et présentent, en dépit de la diversité de leur champ d'intervention et de leur finalité, des caractéristiques comparables ; l'hôpital psychiatrique relèverait ainsi, selon la célèbre analyse de Goffman de la catégorie des institutions « totalitaires », ou plus exactement « totales »²¹, conçues comme des lieux « de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse, dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »²². Néanmoins, cette catégorie doit être maniée avec prudence : l'enfermement acquiert une dimension particulière dès l'instant où il repose sur la contrainte et où il est fondé sur un constat de déviance par rapport aux normes sociales ; et la vocation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique interdit par ailleurs toute assimilation au monde pénitentiaire.

L'enfermement dans des établissements spécialisés a donc été conçu, partir de la fin du XVIII^e siècle comme le moyen d'affronter la question de la folie : répondant au souci traditionnel de protection de la société contre les désordres liés à celle-ci, il a trouvé, avec le développement d'une science médicale de la folie, une nouvelle justification, en acquérant une valeur thérapeutique ; le traitement de la folie n'est censé être possible que dans un lieu clos et sous l'autorité souveraine du personnel médical.

Cette conception de l'institution psychiatrique en tant qu'institution totale a été sensiblement infléchie au cours des dernières décennies.

2. RECONFIGURATION

Le modèle de l'institution totale, parachevé par l'adoption de la loi de 1838, a dès les années 1860 fait l'objet d'une série de critiques, en raison de la prise de conscience des limites de la thérapeutique du « traitement moral » prônée par Pinel et du constat des conditions de vie dans les établissements ; si les projets de réforme ont été nombreux, l'édifice sera cependant pour l'essentiel maintenu, sous réserve de quelques assouplissements²³. La critique de l'asile prendra une dimension nouvelle dans les années 1950²⁴. Tandis que de nouveaux médicaments²⁵, qui contribuent à estomper les symptômes de la maladie, sont découverts, de nouvelles thérapies, reposant sur une meilleure écoute et prise en compte des besoins des patients, sont prônées et expérimentées par les tenants de la psychothérapie institutionnelle²⁶ ; le bien-fondé de l'isolement est remis en cause : plutôt que de couper toute relation avec l'extérieur, il conviendrait de préserver les liens des malades avec l'environnement, en vue de leur réadaptation progressive à la vie sociale. Cette contestation des principes sur lesquels l'institution asilaire a été édifiée se fera plus acérée au cours des années 1960 : le mouvement « anti-psychiatrie » qui se développe aussi bien aux États-Unis (Thomas Szasz), en Angleterre (Ronald Laing, David Cooper), en Italie (Franco Basaglia) qu'en France, à partir des travaux de Michel Foucault, met en cause la notion de « maladie mentale » et prône le remplacement de l'asile par des structures décentralisées de traitement et de prévention²⁷ ; indissociable d'un mouvement plus général de contestation des disciplines institutionnelles qui at-

²¹ Goffman lui-même avait conscience des équivoques de l'utilisation du terme « totalitaire ».

²² *Op. cit.*, p. 41.

²³ Mettant l'accent sur la prévention des troubles mentaux, la circulaire du 13 octobre 1937 préconise la généralisation de la formule du placement libre (introduit à Sainte Anne dès 1922) et des dispensaires de santé mentale.

²⁴ La situation désastreuse des asiles pendant la seconde guerre mondiale entraînera une prise de conscience nouvelle : quelque 40.000 internés seraient morts de froid ou de faim sous l'occupation.

²⁵ Neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants

²⁶ Notamment à la clinique de La Borde ouverte par Jean Oury en 1953.

²⁷ Processus de fermeture des asiles engagé en Italie en 1978 par l'adoption de la loi 180, dite loi Basaglia, mais remis en cause dès 1984.

teint alors la plupart des institutions mais en tout premier lieu les institutions fermées²⁸, ce mouvement poussera à ouvrir les portes de l'asile.

Le décloisonnement de l'institution, désormais insérée dans un dispositif plus large de traitement de la maladie mentale, s'est doublé d'une transformations de ses équilibres internes²⁹.

2.1. Décloisonnement

Déjà ébranlée par l'introduction progressive de services « libres » ou « ouverts » dans les hôpitaux³⁰, la conception traditionnelle du traitement dans le cadre d'établissements spécialisés fermés sera clairement mise en cause par la politique de *sectorisation psychiatrique*.

La construction de cette politique sera progressive. Elle passera d'abord par la circulaire du 15 mars 1960, qui définit les finalités du secteur, complétée par celles des 14 et 16 mars 1972, qui en précisent l'organisation : est alors décidée la mise en place de « secteurs de psychiatrie générale », recouvrant chacun une aire de 50.000 à 90.000 habitants, auxquels se superposent des « secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ». Doté d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, assistants des services sociaux), placée sous la direction d'un psychiatre hospitalier public, le secteur dispose de structures et de moyens diversifiés, au sein mais aussi à l'extérieur de l'hôpital, des conseils de secteur rassemblant les équipes de soins et les divers interlocuteurs. L'hôpital psychiatrique devient ainsi le point d'ancrage d'une politique qui le dépasse tout en l'englobant : l'hospitalisation n'est plus conçue que comme l'un des modes d'intervention possibles qu'il convient d'utiliser en dernier ressort, l'accent étant mis sur la prévention et le dépistage ; et tous les secteurs ne relèvent pas de lui, certains d'entre eux étant rattachés aux services psychiatriques existant dans les hôpitaux généraux³¹.

Reposant sur des bases juridiques fragiles, la politique de sectorisation sera légalisée et organisée par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985, le secteur devenant la base de toute l'organisation des soins psychiatriques. Les hôpitaux psychiatriques voient, non seulement leur rôle relativisé, la lutte contre la maladie mentale passant par des « actions de prévention, de diagnostic et de soins », mais encore leur statut banalisé : le monopole dont ils disposaient en matière de placements sous contrainte disparaît, celui-ci pouvant être effectué dans des services psychiatriques d'hôpitaux généraux agréés ; et des secteurs psychiatriques sont établis en milieu pénitentiaire (« Unités hospitalières spécialement aménagées » UHSA). Plus généralement, la psychiatrie est désormais intégrée dans la politique générale de santé, via la carte sanitaire et le financement par la sécurité sociale³². Les objectifs sont clairs : le développement de la sectorisation, l'accent mis sur des structures légères de soins, une meilleure articulation entre les différents types de psychiatrie remettent en cause la position centrale de l'hôpital psychiatrique dans le traitement de la maladie mentale. Confirmant le bien-fondé de

²⁸ En ce qui concerne les prisons, la mobilisation, portée par des groupes d'intellectuels, militants et anciens prisonniers (création après 1968 du « Groupe Information Prisons » (GIP) auquel succèdera au début des années 1980 le « Comité d'action des prisonniers » (CAP), repose sur la dénonciation des conditions de détention et sur une critique radicale de l'institution carcérale .

²⁹ S'il ne sous-estimait pas l'ampleur de ces mutations Robert Castel estimait en 1972 qu'il s'agissait d'un simple « aggiornamento » de l'ordre psychiatrique (*op. cit.* p. 266), l'hôpital psychiatrique restant « le centre de gravité du système » : l'évolution s'est cependant depuis lors poursuivie et amplifiée.

³⁰ Le décret du 14 janvier 1974 confirmera l'évolution amorcée à partir de la circulaire de 1937. Avec la loi du 27 juin 1990, l'hospitalisation libre devient le principe, les soins sous contrainte l'exception.

³¹ La loi du 31 décembre 1970 autorise la création d'unités d'hospitalisation pour les malades mentaux dans les hôpitaux.

³² La sécurité sociale s'ingère dès lors dans le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques en faisant prévaloir certains impératifs gestionnaires (en ce sens EYRAUD B., VELPRY L., « 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*, n° 149, 2014, p. 218).

la politique de sectorisation, la circulaire du 14 mars 1990 se bornera à en préciser les principes (libre choix du malade, priorité donnée aux soins sans hospitalisation, coordination des différents types d'intervention), les objectifs (prévenir, rapprocher, coordonner) et les principes d'organisation (territoires d'action, équipe pluridisciplinaire, équipement diversifié, intégration aux soins généraux, structures de concertation).

La politique de sectorisation a entraîné une restructuration en profondeur du système de soins psychiatriques, en modifiant la place occupée et en transformant le rôle joué par l'hôpital psychiatrique. Celui-ci n'apparaît plus comme le centre du système de soins : si en 1970 aucun secteur n'était rattaché à un hôpital général, en 1997 sur 829 secteurs, 278 leur étaient rattachés, alors que 551 l'étaient à un établissement spécialisé³³, ce qui témoigne d'une certaine banalisation de la maladie mentale ; considérant que le rattachement du secteur aux hôpitaux permet d'accroître l'accessibilité des soins, la Cour des comptes³⁴ préconisait l'accentuation du mouvement, en n'hésitant pas à « s'interroger sur l'utilité de maintenir à long terme des établissements spécialisés ». Même si la politique de sectorisation a rencontré très vite des limites, compte tenu de l'insuffisance des moyens³⁵ et si le secteur a perdu de sa pertinence en tant que modalité d'organisation des soins psychiatriques³⁶ au profit de la notion plus large de « territoire de santé », la position de l'hôpital psychiatrique n'en est pas pour autant renforcée.

Par ailleurs, l'hospitalisation n'est plus conçue que comme une modalité possible de traitement des patients, qu'il convient de limiter au maximum³⁷. Réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, elle coexiste avec d'autres modes de prise en charge à temps complet (centre de post-cure, hospitalisation à domicile, appartement thérapeutique, famille d'accueil) ou partiel (hôpital de jour ou de nuit, centre d'accueil et atelier thérapeutiques), et surtout avec des modes de traitement ambulatoire ne faisant pas intervenir d'hospitalisation, qui sont privilégiés³⁸. La substitution par la loi du 5 juillet 2011 à la notion d' « hospitalisation sans consentement » de celle de « soins psychiatriques sans consentement » relève de la même perspective : il s'agit en effet, même dans un contexte où la contrainte est jugée nécessaire, de recourir de manière préférentielle à une formule alternative à l'hospitalisation, par l'imposition d'un programme de soins ambulatoires ; l'hospitalisation prolongée devient la solution de dernier recours.

Cette évolution remet en cause la conception traditionnelle de l'institution psychiatrique : les soins psychiatriques impliquent de moins en moins l'enfermement dans un établissement spécialisé mais passent par des voies multiples ; ce processus de décloisonnement est accompagné d'une inflexion dans les principes d'organisation et de fonctionnement des établissements.

2.2. Rééquilibrage

³³ 40,5 % des secteurs en pédopsychiatrie dépendaient d'un hôpital général.

³⁴ Rapport, « L'organisation des soins psychiatriques », 2000, p. 415.

³⁵ EYRAUD B., VELPRY L., préc. ; COLDEFY M., LE FUR P., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J., « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation » IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 145, août 2009.

³⁶ Rapport de la Cour des comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan 'psychiatrie et santé mentale' », décembre 2011, pp. 130-132 : si le secteur perdure dans l'organisation interne de l'hôpital, suite à la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009, l'ordonnance du 23 février 2010 a supprimé le secteur en tant qu'unité territoriale de planification sanitaire.

³⁷ Quelque 50.000 lits auraient été supprimés au cours des dernières années.

³⁸ 86 % des patients y ont recours.

Totale, l'institution psychiatrique l'était dans la mesure où, placée tout entière sous le signe de la contrainte, elle entendait exercer, à l'abri de hauts murs, une emprise intégrale sur les comportements des internés, soumis à l'autorité pleine et entière du personnel médical ; la contrôle juridictionnel visant à éviter des internements abusifs n'apportait à ceux-ci qu'une faible garantie. Cette présentation ne correspond plus à la situation actuelle des hôpitaux psychiatriques : le décloisonnement induit par la politique de sectorisation interdit désormais aux établissements de vivre repliés sur eux-mêmes, en vase clos ; des forces de changement internes et des pressions extérieures de tous ordres ont contribué à faire évoluer les pratiques asilaires.

L'introduction de la procédure d'admission libre, érigée par la loi du 27 juin 1990 en régime de droit commun, a été un puissant moteur d'évolution, en cassant le lien traditionnel établi entre hospitalisation et contrainte³⁹ : seront en effet reconnus⁴⁰ aux personnes admises librement en soins psychiatriques les « mêmes droits que ceux reconnus aux malades soignés pour une autre cause » ; leur consentement, libre et éclairé, est notamment requis pour tout acte de soins. Le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique se trouve dès lors banalisé, puisqu'il est amené à traiter une catégorie au moins des patients qu'il reçoit comme les autres hôpitaux : une brèche est ainsi créée dans les pratiques asilaires traditionnelles ; et la mise en place de structures d'accueil spécifiques pour ces patients entraînera un processus de différenciation interne qu'il avait entendu jusqu'alors éviter.

Le renforcement des droits des personnes hospitalisées sous contrainte pose évidemment des problèmes plus complexes. Il passera par une série d'étapes législatives successives, qu'il n'est pas question ici d'analyser : la loi du 3 janvier 1968 relative aux incapables majeurs, qui rompt le lien entre placement sous contrainte et perte des droits civils et assure la protection des biens des patients ; la loi « Sécurité et Liberté » du 2 février 1981, qui renforce le contrôle de l'autorité judiciaire sur les décisions d'hospitalisation ; la loi du 27 juin 1990, qui consacre les droits des intéressés, tout en conservant les deux modes traditionnels d'hospitalisation sous contrainte⁴¹ ; la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ; enfin 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, qui, modifiée par celle du 27 septembre 2013, est venue compléter le dispositif.

Sans doute, au terme de cette évolution⁴², les droits des personnes contraintes aux soins psychiatriques ne sont-ils pas alignés sur ceux qui existent dans l'admission libre : si la dignité de la personne doit être respectée en toutes circonstances, ses libertés peuvent être restreintes, à condition que ces restrictions soient « adaptées, nécessaires et proportionnées à son état de santé mentale et à la mise en œuvre du traitement requis » ; et si son avis sur les modalités de soins doit être « recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible », elle ne dispose pas d'un véritable droit de consentir aux soins⁴³. Néanmoins, est reconnu aux intéressés un ensemble substantiel de droits⁴⁴, de nature à mieux équilibrer la relation qu'ils

³⁹ 80 % des patients sont en hospitalisation libre, 20 % sous contrainte (soit quelque 70.000 personnes)

⁴⁰ La loi du 2 février 1981 ébauche un statut du malade hospitalisé en service libre.

⁴¹ Le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office (20 % des patients) et le placement volontaire par l'hospitalisation à la demande d'un tiers (80 %).

⁴² Une évolution comparable peut être constatée dans le domaine pénitentiaire, la loi du 24 novembre 2009 ayant consacré tout un chapitre aux « droits et devoirs des personnes détenues » (Sabine Boussard (dir.), *Les droits de la personne détenue*, Dalloz, 2013).

⁴³ CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement », *Actualité juridique Droit administratif*, n° 3, 2013, pp. 153-159.

⁴⁴ Au nombre desquels le droit de communiquer avec des autorités administratives et judiciaires, celui de saisir la commission départementale des soins psychiatriques ou le CGLPL, de prendre conseil auprès d'un mé-

entretiennent avec le corps médical⁴⁵ ; et l'institution par la loi du 30 octobre 2007 d'une autorité indépendante de contrôle, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)⁴⁶ apparaît comme une garantie de l'effectivité de ces droits.

Ce rééquilibrage se traduit par une série de changements concrets dans le fonctionnement et la vie des établissements : l'aménagement des locaux se caractérise par un souci d'humanisation ; les conditions de vie des intéressés (hébergement, restauration, activité) se sont améliorées ; les rapports entre soignants et patients sont marqués par un plus grand respect de la personne. Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques tend à se rapprocher de celui des hôpitaux généraux, rapprochement qui se traduit encore par l'alignement des principes de gestion sur le régime commun des établissements hospitaliers (introduction du budget global, tarification à l'activité...)⁴⁷ : dans la mesure où ceux-ci comportent d'importants services psychiatriques, il était à vrai dire peu concevable que les soins aux patients soient administrés dans des conditions radicalement différentes. Le mouvement comporte cependant des limites, liées à l'existence de pathologies lourdes et de comportements violents : on retrouve dans les « Unités pour malades difficiles » (UMD), qui accueillent des malades présentant un danger pour autrui et nécessitant des soins et des mesures de sûreté renforcés, les conditions de fonctionnement qui étaient celles de l'institution psychiatriques traditionnelle ; sans remettre en cause la nécessité de ces unités, le CGLPL a pu dénoncer⁴⁸ un certain nombre de « maintiens injustifiés », liés à la procédure complexe prévue pour en sortir une fois entré⁴⁹. Plus généralement, la préoccupation sécuritaire, mise à nouveau en avant à la suite de faits divers fortement médiatisés⁵⁰, a entraîné un mouvement de re-fermeture des établissements, illustré par la reconstruction d'enceintes, qui avait souvent été supprimées, la multiplication de dispositifs de surveillance (portiques et caméras), la création de nouvelles unités fermées et de chambres d'isolement, la réduction du nombre des sorties.

Si la contrainte reste par ailleurs toujours présente dans le système de l'hospitalisation sans consentement, un rééquilibrage s'est également produit sur ce plan, notamment par le renforcement des garanties afférentes à l'intervention d'un juge : comme pour la prison⁵¹, on a assisté, au fil des textes successifs, à une lente montée en puissance du contrôle juridictionnel sur les décisions prises en matière d'internement ; et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme a fortement contribué, au cours des dernières années, à consolider ce contrôle⁵². Pour l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011, le législateur a été ainsi contraint,

decin ou d'un avocat, d'émettre et de recevoir du courrier, de consulter le règlement intérieur de l'établissement..., sans parler du droit de vote et de la liberté religieuse.

⁴⁵ Pour MANDY C. (*La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe siècle au XXe : institutions totalitaires ou services publics ?*, Thèse Nantes, juin 2011, ronéo), la consécration de ces droits marquerait l'abandon du paradigme de l'institution totalitaire pour celui du service public.

⁴⁶ CHEVALLIER J., « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté », in *L'administration pénitentiaire face aux principes de la nouvelle gestion publique*, PUGrenoble, Coll. Cerdhap, 2011, pp. 187-201.

⁴⁷ EYRAUD B., VELPRY L., préc., pp. 217-220.

⁴⁸ Avis du 5 février 2013.

⁴⁹ Toute sortie d'une UMD nécessite l'avis d'une commission de suivi médical composée d'un médecin-inspecteur et de trois psychiatres extérieurs, suivi d'un arrêté préfectoral.

⁵⁰ Meurtre le 12 novembre 2008 d'un jeune homme tué par un schizophrène venant de fuguer d'un hôpital psychiatrique : Nicolas Sarkozy annonçait le 2 décembre 2008 à Antony un « plan de sécurisation des établissements », qualifié par certains de « régression sécuritaire ».

⁵¹ Voir *Défendre en justice la cause des personnes détenues*, La Documentation française, 2014.

⁵² Le 18 novembre 2010, *Baudouin c/France*, la CEDH condamnait une fois encore la France au motif que le régime d'hospitalisation forcée des malades mentaux contrevenait aux paragraphes 3 et 4 et l'article 5 de la Convention.

sous la pression du Conseil constitutionnel,⁵³ de conforter le rôle du juge, en corrigeant quelque peu la logique sécuritaire qui avait été celle des initiateurs du projet ; le texte final établit un équilibre subtil entre le pouvoir administratif (le préfet), qui garde, au nom de la sûreté des personnes et de la sauvegarde de l'ordre public, toute son importance via la procédure d'admission d'office, le pouvoir médical, dont le rôle reste essentiel et dont l'avis est requis dans tous les cas, et le pouvoir judiciaire (le juge de la liberté et de la détention, JLD), obligatoirement saisi dès l'instant où l'hospitalisation se prolonge au-delà d'un délai de quinze jours⁵⁴ ; la loi du 27 septembre 2013 est venue modifier certaines dispositions du texte en vue de renforcer les droits et garanties accordés aux intéressés, notamment en améliorant la prise en charge ainsi que le contrôle du JLD.

La configuration traditionnelle de l'institution psychiatrique a ainsi été profondément modifiée : insérés dans un système de soins psychiatriques désormais marqué par la diversité et l'hétérogénéité, les hôpitaux psychiatriques ne se présentent plus comme des lieux fermés, au sein desquels est imposée une stricte discipline ; ils ont perdu les caractéristiques qui permettaient de les ranger au nombre des institutions totales. Néanmoins, parler de « dés-institutionnalisation » serait oublier que les institutions évoluent sans cesse, sous la pression de « forces instituant », internes et externes. La psychiatrie est toujours bel et bien « institutionnalisée », si tant est qu'existent un ensemble de dispositifs construits autour de la santé mentale ; et s'il n'est plus qu'un de ces dispositifs, l'hôpital psychiatrique lui-même conserve, non seulement un rôle pivot au sein de ce système, mais encore certains attributs hérités du passé ; même si elles prennent des formes plus douces, clôture et contrainte restent présentes au principe de son institution.

⁵³ Dans sa décision du 26 novembre 2010, rendue avant la discussion à l'Assemblée nationale, le Conseil imposait l'intervention d'un juge pour le prolongement d'une hospitalisation sans consentement au-delà de quinze jours ; et dans celle du 9 juin 2011, avant la discussion en seconde lecture au Sénat, il jugera contraire à la Constitution la faculté reconnue au préfet de maintenir une personne hospitalisée en dépit de l'avis contraire du psychiatre de l'établissement d'accueil.

⁵⁴ L'appréciation de Cécile CASTAING (« Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », *Actualité juridique Droit administratif*, n° 36, 2011, pp. 2055-2062), pour qui la loi ferait prévaloir le pouvoir administratif sur le pouvoir médical paraît dès lors excessive.