

Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier

*From Bron Asylum to the Special Security Unit of Vinatier Hospital : the
Variations of Psychiatric Confinement's Regulations*

Benoît Eyraud et Delphine Moreau



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/conflits/18751>
DOI : 10.4000/conflits.18751
ISSN : 1777-5345

Éditeur :

CCLS - Centre d'études sur les conflits liberté et sécurité, L'Harmattan

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2013
Pagination : 117-134
ISBN : 978-2-343-01909-3
ISSN : 1157-996X

Référence électronique

Benoît Eyraud et Delphine Moreau, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits* [En ligne], 90 | été 2013, mis en ligne le 15 octobre 2014, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/conflits/18751> ; DOI : 10.4000/conflits.18751

Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier ¹

Benoît EYRAUD, Delphine MOREAU

Benoît Eyraud est maître de conférences à l'Université Lyon 2, chercheur au Centre Max Weber. Il a notamment publié Protéger et rendre capable. La considération sociale et civile des personnes vulnérables, Toulouse, Erès, 2013. Il a notamment mené des recherches sur l'hôpital du Vinatier dans le cadre du projet « Lyon Vulnérabilités ».

Delphine Moreau est doctorante en sociologie à l'Institut Marcel Mauss-LIER à l'EHESS. Sa thèse porte sur le recours à la contrainte en psychiatrie. Elle a notamment publié : « Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie », Revue Sociologie/Santé, n°33, mars 2011 et « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », in C. Crignon et M. Gaille (eds.), Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?, Paris, éd. Seli Arslan, 2010.

En octobre 2011, une Unité pour Malades Difficiles (UMD) ² a été ouverte dans l'enceinte du Centre Hospitalier du Vinatier dans l'agglomération lyonnaise. Près d'un an plus tôt, le 21 mai 2010, les ministres de la Justice et de la Santé y avaient inauguré la première Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ³, que les médias ont baptisée « hôpital-prison ».

1. Cet article a été rendu possible par les recherches réalisées dans le cadre de l'ANR « Lyon Vulnérabilités » (ANR – 08 - VULN – 006-001) soutenu par la Mire (convention 08-2656), recherches conduites au Larhra sous la direction d'Axelle Brodiez. Les auteurs remercient tout particulièrement Isabelle von Bueltzingsloewen pour les nombreux échanges stimulants qui ont été à l'origine de cet article.
2. Les UMD sont des services d'hospitalisation psychiatrique distincts des services ordinaires, caractérisés par des dispositifs de sécurité renforcés, mais aussi par un encadrement médical et hospitalier plus important.

L'ouverture de ces nouveaux services symbolise une certaine évolution de la psychiatrie publique française. Elle s'accompagne de nombreuses autres transformations au sein des services d'hospitalisation ordinaires – l'installation de caméras de surveillance, l'aménagement de nouvelles chambres d'isolement, la remise en cause de plus en plus fréquente de la politique de la porte ouverte ⁴. Pour un certain nombre d'intervenants en psychiatrie, ces évolutions relèvent d'un « tournant sécuritaire », d'un « nouveau grand renfermement », d'une « trappe psychiatrique » ⁵ qui les renvoient plusieurs décennies en arrière. Ce tournant est d'autant moins bien vécu que le sens médical de la pratique psychiatrique et le souci de la protection des droits et de la dignité des patients sont régulièrement réaffirmés tant dans des textes législatifs que par différentes recommandations émanant d'autorités publiques et professionnelles.

Ce malaise sur la place de l'enfermement et de la contrainte en psychiatrie, dans lesquels les soucis de soin, de respect des droits et d'ordre public sont mis en conflit, est récurrent. Plutôt que d'interroger à nouveau ces controverses ⁶, nous souhaitons étudier dans cet article les évolutions des modalités de l'enfermement psychiatrique et de ses régulations : comment est-il assuré en pratique, notamment spatialement ? Quelle place tient-il dans l'organisation du soin ? Dans quelle mesure est-il encadré par le droit et par différentes règles administratives ? Jusqu'où peut-il s'en écarter et pour quelles raisons ? En cherchant à répondre à ces questions, nous entendons éclairer tout particulièrement la manière dont le cadre juridique, administratif ou organisationnel régle ⁷ l'enfermement psychiatrique.

-
3. Les UHSA, créées par la loi du 9 septembre 2002 dite « d'orientation et de programmation de la justice », visent à permettre l'hospitalisation dans un service spécialisé de détenus souffrant de troubles psychiques graves.
 4. Ces évolutions ont été accentuées suite au discours en décembre 2008 du président de la République de l'époque, Nicolas Sarkozy, au Centre hospitalier d'Antony.
 5. La dénonciation de ce tournant « sécuritaire » de la psychiatrie a été particulièrement vive lors des débats autour de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités de soins sans consentement. Les expressions citées dans le texte sont celles de la pétition : « Si c'est un homme, Appel contre les soins sécuritaires », <http://www.solidaires51.org/spip.php?article1246>, consultée le 21 juillet 2012.
 6. Impulsés pour partie par les ouvrages devenus classiques de Michel Foucault et d'Erving Goffman, de nombreux travaux ont éclairé de manière approfondie les débats sur la question de l'enfermement psychiatrique. Cf. notamment Fenell P., *Treatment without Consent, Law, Psychiatry and the Treatment of Mentally Disordered People since 1845*, London and New York, Routledge, 1996. En France, ce débat s'est beaucoup polarisé sur la spécificité de la loi de 1838 et sur sa remise en cause dans les années d'après-guerre, Cf. Castel R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de Minuit, 1976 ; Henckes N., « 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 doctorat de sociologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2007.
 7. Cette approche par les régulations se donne pour objet le niveau intermédiaire, entre normes générales et conduites locales, qui permet d'appréhender la manière dont les règles juridiques sont utilisées, ou non, par les acteurs. Cf. Chazel F., Commaille J. (dir.), *Normes juridiques et régulations sociales*, Paris, LGDJ, 1991.

Dans le moment instituant de la psychiatrie française qu'a été la loi du 30 juin 1838, cette régulation s'est caractérisée par une forme stricte d'interdépendance, un « encastrement » entre trois éléments : l'enfermement dans le lieu de l'asile, le statut juridique spécifique attribué aux personnes qui l'autorise et la thérapeutique médicale. Si cette loi est restée en vigueur pendant près de 150 ans, elle a fait l'objet de multiples contournements pratiques qui désarticulaient et réorganisaient les liens entre ces trois éléments. Elle sera finalement révisée sans que ces liens ne soient entièrement défaits. En restituant l'évolution des pratiques psychiatriques d'enfermement à partir de leur organisation procédurale et spatiale sur plus d'un siècle, nous entendons mettre en évidence la persistance de la contrainte dans l'économie des modes de prise en charge de la maladie mentale. Nous montrerons que cet encadrement juridique ne joue pas qu'un rôle de légitimation de cette contrainte mais également un rôle de problématisation de celle-ci.

Cet article propose d'étudier « l'effectivité sociale »⁸ du droit de l'enfermement psychiatrique à travers le cas de l'hôpital du Vinatier, depuis sa création à la fin du XIX^e siècle jusqu'à aujourd'hui. Etablissement important de la psychiatrie publique française, de par sa taille, le rayonnement souvent national de certaines de ses figures, ou encore les événements et mouvements sociaux qui s'y sont déroulés, l'hôpital du Vinatier donne à voir de manière exemplaire l'évolution des pratiques d'enfermement sur le temps long, par-delà les arguments développés au cours des controverses qui tendent parfois à recouvrir la réalité de ces pratiques.

Cela nous permet d'aborder à nouveaux frais les tensions normatives de l'action, c'est-à-dire la manière dont les conflits moraux, notamment entre les soucis de soin, de sécurité, de préservation de la dignité des malades, se jouent et se donnent à voir dans les choix pratiques qui sont opérés et les commentaires qui en sont faits par les acteurs.

Notre analyse s'appuie sur l'examen des rapports administratifs et médicaux depuis la création de l'hôpital jusqu'au milieu des années 1990⁹. Rédigés par le directeur de l'hôpital et par les médecins-chefs de service, psychiatres en charge des unités d'hospitalisation, puis des secteurs de psychiatrie, ces

8. Lascoumes P., Serverin E., « Le droit comme activité sociale, pour une approche weberienne des activités juridiques », in Lascoumes P. (ed.), *Actualités de Max Weber pour la sociologie du droit*, Paris, LGDJ, 1995, pp. 171-193.

9. Ces rapports sont une prescription du règlement des asiles de 1857 qui prévoit que le médecin-chef des services médicaux doit « rédiger un compte général et détaillé et un relevé statistique du service médical pendant l'année précédente », ces documents devant être joints au « compte moral et administratif » qui doit être rédigé par le directeur et remis au préfet après avis de la commission de surveillance. À partir des années 1950, la partie médicale est composée d'un rapport commun de l'ensemble des médecins-chefs et d'un rapport de chaque médecin sur l'activité de son service. Progressivement, d'autres responsables d'unités (pharmacie, assistants sociaux, etc.) sont amenés à rédiger également leur rapport d'activités.

rapports permettent d'avoir accès aux évolutions de l'organisation de l'hôpital, aux données statistiques produites par l'administration pour rendre compte de l'activité hospitalière et du statut des patients, ainsi qu'aux commentaires, justifications et critiques de l'organisation des soins déployés par ces psychiatres dans leur dialogue avec l'administration de l'établissement et plus largement avec sa tutelle étatique.

L'institution de la psychiatrie : l'encastrement du soin, de l'enfermement et du droit

La loi du 30 juin 1838 prévoit dans son article premier que chaque département est tenu d'avoir un établissement « spécialement destiné à traiter et recevoir les aliénés », établissement autorisé à « tenir [renfermées] » les personnes, à condition que leur admission et leur maintien suivent le respect d'une procédure juridico-administrative. Celle-ci se décline sous les formes du placement « volontaire » ou du placement « d'office »¹⁰, pour lesquelles sont définies des conditions (des certificats médicaux notamment) ainsi que des modalités de recours. Ces placements instaurent un statut juridique provisoire pour les aliénés, statut qui implique une restriction tant de leur liberté de circulation que de celle relative à la gestion de leurs affaires mises sous une administration provisoire assurée par l'établissement. Enfermement dans des lieux dédiés, traitement médical et régime juridique spécifique sont ainsi « encastres » dans ce dispositif de placement. Ce régime juridique a une portée très large. Il autorise l'ensemble des restrictions de circulation ou des limitations se déroulant à l'intérieur du domaine asilaire (comme l'enfermement dans une cellule/chambre ou le fait d'être attaché) - à condition qu'elles respectent le règlement de l'établissement¹¹.

Dans le Rhône, c'est un hôpital des Hospices Civils de Lyon (HCL)¹², c'est-à-dire un établissement hospitalier non-spécifique, qui est d'abord utilisé pour appliquer cette loi. Ce n'est qu'en 1868 que le département achète un terrain agricole aux portes de la ville pour construire l'asile de Bron, qui deviendra ultérieurement l'hôpital du Vinatier. Comme dans la plupart des asiles du XIX^e siècle¹³, l'organisation spatiale, caractérisée par son isolement et un ordre interne rigoureux, est conçue pour favoriser l'enfermement des malades (figure 1). Des obstacles (murs, fossés, etc.) séparent l'établissement de l'extérieur, avec une entrée qui fonctionne comme un sas de contrôle. Le

10. Comme son nom ne l'indique pas, le placement « volontaire » est un placement à la demande de la famille de l'interné ; le placement d'office se fait sur décision du représentant de l'État.

11. Cf. le règlement intérieur édicté sur le modèle promulgué par le ministère de l'Intérieur en 1857.

12. Les Hospices Civils de Lyon regroupent les différents hôpitaux généraux de la ville de Lyon.

13. Montlibert (de) C., « La production sociale de l'espace construit : de l'asile au secteur psychiatrique », *Regards sociologiques*, n°2, 1991, p.61-80 ; Coldefy M., « De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France », Thèse de doctorat de géographie, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2010, p. 134.

domaine de 120 hectares est découpé en deux. En son cœur, une première ceinture cerne les bâtiments hébergeant les malades, qui sont entourés de « sauts de loup » (fossés au milieu desquels est construit un mur de deux mètres, cette disposition permettant à la vue de s'étendre au-delà de la clôture). À l'extérieur de cette ceinture s'étendent de vastes prairies, les bâtiments de l'administration, la ferme agricole, les ateliers, eux-mêmes clôturés par un mur d'enceinte. Le cœur ceinturé est découpé en deux divisions, l'une réservée aux hommes, l'autre aux femmes, divisions organisées en neuf quartiers situés autour d'une vaste cour centrale de forme rectangulaire¹⁴. Les quartiers donnent sur la même cour mais ne communiquent pas, des murs séparant chaque préau. Le « quartier cellulaire », réservé aux « agités » est lui-même scindé en différents espaces (figure 1)¹⁵. Il n'y a pas de distinction spatiale dans la prise en charge des personnes qui sont placées « d'office » et celles qui sont en « placement volontaire », la plupart des malades étant alors placés « d'office »¹⁶, même lorsque leur admission n'est pas justifiée par des motifs d'ordre public, notamment pour des raisons assistancielles¹⁷.

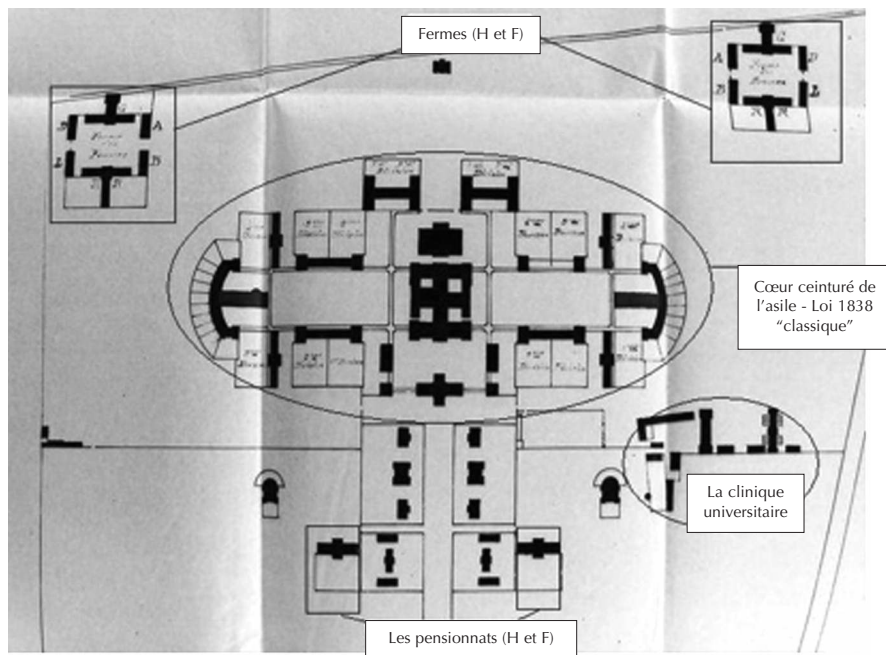


Figure 1. Plan de l'hôpital en 1900 avec le double niveau de fermeture

14. Bonnet H., *Histoire de la psychiatrie à Lyon*, Lyon, Césura Lyon Edition, 1988.
15. L'administration est alors particulièrement attentive à ces séparations, comme en témoigne la demande de l'inspecteur général de « partager la grande cour des cellules en trois préaux qui permettent de séparer complètement les agités indigents, les agités pensionnaires, et les agités appartenant à la clinique » (Rapport 1883).
16. Ainsi, au 1^{er} janvier 1939, ce sont plus de 97 % des malades qui sont en placement d'office à l'hôpital du Vinatier (Rapport 1939).
17. L'interprétation dominante de la loi de 1838 est que seul le placement d'office prévoit la prise

Dès les premières années de l'asile de Bron, d'autres logiques viennent cependant interférer avec le régime de soin caractérisé par cet encastrement. Nous ne traiterons ici que des plus significatives d'entre elles ¹⁸.

Il y a d'abord des différences de traitement, de droit ou de fait, entre les malades en fonction de leur situation économique. Un traitement spécifique est réservé aux pensionnaires, aliénés dont la famille (ou eux-mêmes) paie une pension plus importante. Les pavillons dans lesquels ils sont hébergés se situent en dehors de l'enceinte interne du domaine asilaire et ils bénéficient de conditions d'hébergement privilégiées par rapport aux autres internés.

De plus, les restrictions de circulation des malades sont graduées en fonction de leur participation à l'activité économique de l'établissement. Ainsi, bien que les pavillons soient fermés toute la journée, un certain nombre d'internés peuvent sortir, à l'initiative de leur médecin-chef, pour travailler dans l'exploitation agricole qui est elle-même clôturée et disposent de fait de possibilités d'aller et venir plus importantes que les autres ¹⁹.

Le deuxième type d'exception à l'encastrement de principe relève de la construction de la médecine des maladies mentales comme discipline scientifique ²⁰. Une clinique universitaire des « maladies mentales » est implantée sur le site de Bron-Vinatier dès la création de l'asile. C'est une spécialité de la « faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon », créée par décret en 1877. Le statut des malades y est hybride. Ils entrent à la clinique sur décision des médecins lorsque leur « cas » présente à leurs yeux un intérêt scientifique particulier. Ils sont alors considérés comme *sortis* de l'asile, mais ils sont tout de même enregistrés sur un registre spécifique relevant de la loi de 1838. La clinique relève elle-même d'une situation administrative hybride. Elle est construite sur le domaine du Vinatier, mais à l'extérieur du cœur ceinturé de l'hôpital et elle est régie par un règlement intérieur différent, défini non pas par l'administration asilaire mais par celle des HCL ²¹.

en charge des frais de séjour par l'assistance départementale. Les circulaires de 1840 et 1930 devront préciser et rappeler que le placement volontaire, « à titre gratuit » est prévu. Cf. Caire M., « L'autoplacement volontaire », Mémoire de diplôme universitaire en expertise psychiatrique et médico-psychologique judiciaire, 1981.

18. L'admission des militaires, l'usage du domaine du Vinatier pour d'autres activités (nourricerie départementale et service des enfants anormaux), la création d'une annexe à quelques dizaines de kilomètres dans les années 1930 ou encore l'utilisation du service neuropsychiatrique des Hospices Civils de Lyon ne pourront être développées ici.
19. Pour une analyse plus détaillée, cf. Montès J.F., « Le monde clos ou la raison médico-économique », *Sciences sociales et santé*, vol. XI, n°1, mars 1993, pp. 41-69.
20. Goldstein J. E., *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, Paris, Institut Synthélabo, 1997, p. 430 sq.
21. Une convention ne liera les deux administrations qu'à partir de 1949 et sera depuis régulièrement redéfinie.

Le cadre juridique de la loi de 1838 ne régle ainsi pas l'ensemble des pratiques de « soin », des exceptions économiques ou scientifiques rendant possible un assouplissement de l'enfermement des patients. Mais l'encastrement du statut juridique, du soin et de l'enfermement est prédominant et favorise, sans justification thérapeutique évidente, des durées de séjour majoritairement longues²², contribuant à une mise à l'écart sociale des « aliénés ». Cette « chronicisation », qui n'est pas propre à l'asile de Bron, fait l'objet de critiques de plus en plus nombreuses de la part de psychiatres mais aussi de l'administration publique²³, critiques qui conduisent à une première transformation juridique de l'enfermement en psychiatrie à la veille de la seconde guerre mondiale²⁴.

Quand pratiques de soin et cadre légal se désajustent

Avec la création de services ouverts, sur le modèle des services hospitaliers somatiques « ordinaires », une nouvelle forme de régulation semble s'ouvrir. Certes, à l'hôpital du Vinatier, la création d'un tel service en 1943 relève initialement du contexte historique de la seconde guerre mondiale plutôt que d'un changement dans la politique psychiatrique. L'introduction de ce qui sera baptisé, l'année suivante, la « clinique neuropsychiatrique et d'hygiène mentale » à l'intérieur du domaine provient en effet de la nécessité de déplacer le service de neuropsychiatrie de l'hôpital Edouard Herriot, réquisitionné par les autorités militaires. Mais cette création est favorisée par la circulaire Rucart du 13 octobre 1937²⁵, qui préconise par ailleurs le développement de dispensaires, lieux de consultation extrahospitaliers. Celle-ci précise que les services ouverts « non soumis au régime légal de la loi de 1838, sont destinés à hospitaliser les malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation ». Il sera précisé qu'ils doivent permettre « d'éviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté »²⁶.

22. Au 1^{er} janvier 1939, 6 % des malades sont présents depuis moins d'un an, et 80 % sont présents depuis plus de cinq ans.

23. Notamment en raison de l'« encombrement » d'asiles vite surpeuplés en raison de ces longs séjours, dont les conséquences pratiques et économiques inquiètent dès la fin du XIX^e siècle.

24. Fauvel A., « Témoins aliénés et "Bastilles modernes". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) », Thèse de doctorat d'histoire, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2005.

25. Sur l'introduction de ces services ouverts, cf. Henckes N., « 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*, n°76, septembre 2009, pp. 76-98 ; Bueltzingsloewen (von) I., « Quel(s) malade(s) pour quel asile ? Le débat sur l'internement psychiatrique dans la France de l'entre-deux-guerres », in Guignard L. et al. (eds.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, pp. 263-274.

26. Circulaire du 28 février 1951.

À sa création, le premier service ouvert de l'hôpital du Vinatier est conçu comme entièrement distinct. Du point de vue spatial, il est installé dans les locaux initialement destinés à des malades alités, à l'extérieur de l'enceinte la plus fermée de l'hôpital (figure 2). Administrativement, il est placé sous la direction du nouveau titulaire de la chaire à la faculté de médecine, le professeur Dechaume²⁷. Moins de cinq ans plus tard, deux autres services ouverts sont créés dans les mêmes bâtiments, placés sous l'autorité de médecins du médicament psychiatrique, Balvet et Riquet. Il est alors prévu de scinder complètement les deux espaces en créant une entrée séparée, mais le projet, qui porte le nom d'hôpital Pinel, ne sera finalement pas réalisé.

Du point de vue des pratiques, les services ouverts ont un fonctionnement spécifique. Les malades, présents sur une durée de séjour courte, ne participent pas aux tâches collectives (cuisine, entretien, etc.) et ne travaillent pas. Certaines thérapeutiques nouvelles, comme les électrochocs ou les neuroleptiques à partir de 1952, y sont très développées²⁸.

Ces modalités de fonctionnement expliquent le recours massif à ces services²⁹. Elles ne garantissent cependant pas une absence de contrainte sur les patients qui ne relèvent pourtant pas du régime de la loi de 1838. Les médecins et surveillants exercent de fait un contrôle sur les circulations et prennent des mesures de contention pour contenir des états « d'agitation », comme les sangles ou l'imposition du pyjama, destinée à faciliter la surveillance³⁰.

L'ouverture des services fermés

Parallèlement, les services qui reçoivent des malades sous le statut de la loi de 1838 se transforment après-guerre. Les critiques de l'asile, consécutives au choc de la guerre et de la famine ayant sévi dans les hôpitaux³¹, animent une volonté de réformer le soin lui-même, notamment dans le mouvement

27. Défenseur de l'affiliation de la psychiatrie à la neurologie, Jean Dechaume participera à la commission de réforme de la loi du 3 janvier 1968.

28. En revanche, les formes de « sociothérapie », qui attribuent notamment une valeur thérapeutique du travail, n'y sont de fait pas développées, au regret de certains psychiatres.

29. Au Vinatier, les admissions annuelles en services ouverts s'élèvent à 1 377 dès 1949 et sont bien plus importantes que les admissions en services fermés qui s'élèvent à 525 la même année. Il n'existe pas de statistiques nationales officielles sur le nombre d'admissions en services ouverts avant 1958. Après cette date-là, la variable n'est pas mentionnée dans les travaux existants.

30. La consultation de dossiers médicaux de l'époque est à cet égard éclairante. On peut y trouver des annotations comme « tente de s'enfuir », « usage de procédés de contrainte », « a été rattrapé en robe de chambre et en pantoufles »... Une investigation plus systématique permettrait de mieux appréhender l'usage de cellules d'isolement ou de sangles de contention dans ces services.

31. Bueltingloewen (von) I., *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier/Flammarion, 2007.

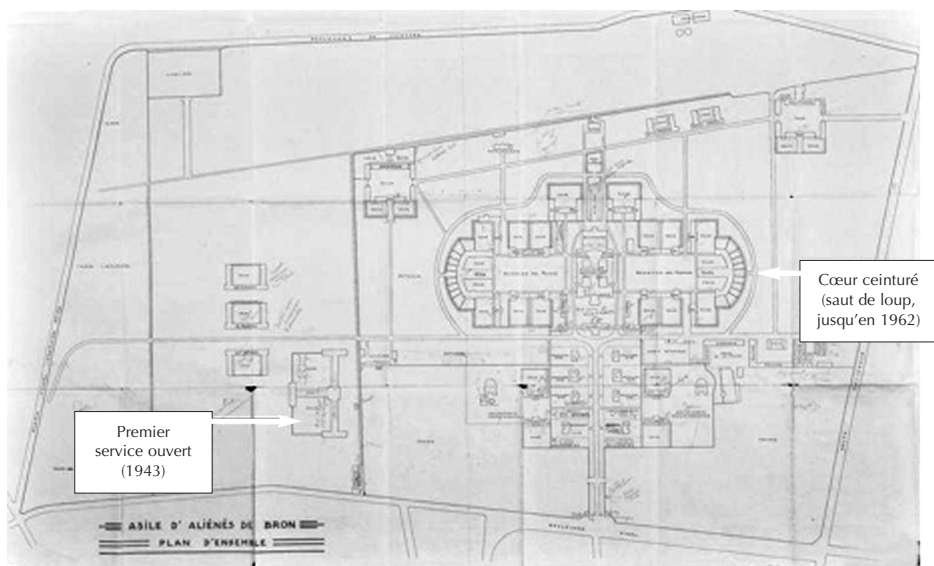


Figure 2. Plan de l'hôpital 1935 et affectation des bâtiments jusqu'aux années 1960

dénommé, suite à Koechlin et Daumezon, la « psychothérapie institutionnelle ». Une convergence importante apparaît entre les consignes de l'administration de l'hôpital du Vinatier et les dynamiques thérapeutiques qui tendent à améliorer la qualité de la vie à l'intérieur de l'institution. Une grande attention est portée par les équipes psychiatriques à tous les éléments qui déterminent les « conditions d'existence », dans l'optique d'assouplir celles-ci et de les rendre moins infâmantées³². Elles cherchent notamment à réduire le recours à la force, comme en témoigne en 1954 la suppression des quartiers d'agités³³ ou encore la diminution de l'usage des moyens de contention. Paul Balvet³⁴ note ainsi dans son rapport annuel : « Le 29 janvier [19]55, j'ai eu la première journée sans aucun moyen de contention sur l'ensemble du service » (Rapport de 1954, écrit au printemps 1955).

32. Cf. circulaire du 21 août 1952, dite circulaire 148 proscrivant les uniformes et justifiant par la « dignité humaine » une attention accrue au mobilier, à la literie, au contenu des repas, etc.

33. Rapport médical du docteur Requet en 1954 : « L'événement marquant de mon service a été la disparition du pavillon d'agités. [...] A la place des cachots du vieil asile d'autrefois, [...] je dispose maintenant de petits dortoirs thérapeutiques très convenables. » La suppression des quartiers d'agités est plus tardive du côté des femmes. Berthier évoque ainsi en 1958 la division « 3 bis » dont il s'occupe : « lorsque par une porte, au fond du couloir, l'on pénètre dans la partie centrale du pavillon [...]. Le vieil asile carcéral avec ses cellules et son couloir obscur est toujours là. »

34. Participant à l'aventure de St Alban comme directeur jusqu'en 1942, Paul Balvet est considéré comme l'un des précurseurs de la psychothérapie institutionnelle (cf. *infra*) qu'il cherchera à développer au cours de sa carrière lyonnaise.

Ces tentatives, parfois contrariées³⁵, sont favorisées par la diffusion des traitements neuroleptiques, mais aussi par l'orientation vers les services ouverts de malades aigus : « les psychoses alcooliques, les délires aigus, les psychoses syphilitiques, et les psycho-névroses graves » (rapport Christy 1952).

Dans cette dynamique, les médecins évoquent en 1958 la nécessité thérapeutique de développer le « régime de la porte ouverte » afin de permettre aux patients soumis au régime de la loi de 1838 « d'exercer leur responsabilité ». Ils regrettent « l'insuffisance du nombre de lits en service libre » et réclament la création officielle de « secteurs ouverts » à proximité de chaque service fermé³⁶. C'est, entre autres, ce que favorise la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique³⁷, réduisant de plus en plus la distinction entre services ouverts et fermés.

Un brouillage conforté par une nouvelle juxtaposition spatiale

Sans revenir ici sur l'histoire de cette circulaire, déjà très documentée³⁸, il faut relever spécifiquement l'impact qu'elle a eu sur le brouillage entre les règlements des services et le statut juridique des malades. Elle prévoit en effet que les services hospitaliers ne soient plus différenciés en fonction du type de malades qu'ils reçoivent (agités, travailleurs, gâteux, etc.) mais de la provenance géographique de ceux-ci (leur domicile) afin de mettre la priorité sur la continuité du soin entre l'hospitalisation et l'extra-hospitalier. De nombreux pavillons changent alors d'affectation, ce qui offre l'opportunité de changer leur règlement et de réserver de plus en plus de lits pour des services ouverts³⁹. Des pavillons de l'enceinte la plus fermée de l'hôpital s'ouvrent à leur tour, la disparition des sauts de loup au début des années 1960 étant l'emblème le plus important de cette transformation. Pour autant, la distinction entre les deux types de pavillons, « ouverts » et « loi de 1838 », se maintient, faisant primer la raison juridique sur la logique médicale : « les malades sont

35. Le docteur Balvet note ainsi avec déception avoir refermé les portes de pavillons qu'il avait ouvertes (rapport 1958).

36. Rapport commun, 1958.

37. La réforme du « secteur » prévoit qu'une seule équipe de psychiatrie assure, à l'intérieur et en dehors de l'hôpital, tant la prévention que les soins auprès de la population sur un territoire de près de 70 000 habitants (les variations de taille entre les secteurs peuvent cependant être très importantes). Elle entérine une émancipation partielle du soin psychiatrique de l'hôpital. Rhenter P., « De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) », Thèse de doctorat de science politique, Université Lumière-Lyon II, 2004.

38. Fourquet F., Murard L. (eds.), *Histoire de la psychiatrie de secteur, ou le secteur impossible*, n°spécial, *Recherches*, n°17, 1975 ; Henckes N., *op. cit.*

39. Le changement d'affectation des pavillons commence en 1963 et continue progressivement au cours des années suivantes. Alors que le nombre de places dans ce type de services n'avait pas évolué depuis la fin des années 1940 (185 lits, soit moins de 10 % des 2000 lits existants), le nombre de lits réservés à des patients hospitalisés librement passe de 186 à 303 en 1966, 451 en 1968, puis 707 en 1970.

hospitalisés dans tel ou tel pavillon non pas d'après leurs besoins d'ordre médical, mais d'après leur condition juridique »⁴⁰.

Ce *hiatus* entre une organisation des soins qui s'homogénéise et des statuts juridiques des patients qui restent distincts conduit de plus en plus de psychiatres à remettre en cause le statut spécifique prévu par la loi de 1838⁴¹ considéré comme une atteinte à la liberté individuelle et non comme une forme de protection juridique des patients.

L'introduction d'une nouvelle forme de régulation avec les services ouverts et ses répercussions sur les services fermés ont ainsi provoqué un désajustement entre les pratiques de soin et le cadre légal prévu par la loi de 1838 qui conduit à de nouvelles interrogations sur sa révision.

De l'épuisement des régulations juridiques à leur réinvestissement : vers une nouvelle forme d'encastrement ?

Au début des années 1960, une nouvelle tentative de réforme de la loi de 1838 est préparée et se réalise partiellement avec le vote de la loi du 3 janvier 1968 réformant le droit des incapables majeurs⁴², qui prévoit une révision de l'ensemble des mesures sous cinq ans. Loin de mettre en place une régulation juridique plus ajustée des pratiques contraignantes de soin, cette loi ouvre une nouvelle période se caractérisant d'abord par la tombée en désuétude du cadre juridique spécifique des hospitalisations sans leur consentement des personnes malades.

La baisse du recours au régime « spécifique » de la loi de 1838

L'année 1968 a un retentissement particulier à l'hôpital du Vinatier. Au 1^{er} janvier, le niveau d'occupation de l'hôpital est à son plus haut, le nombre de présents, tous services confondus, atteignant alors 2 673 malades. Ce haut niveau d'encombrement explique en partie l'écho très important rencontré par les événements de 1968 au sein de l'hôpital, se traduisant par une forte contestation des pratiques asilaires d'enfermement. Cette contestation donne lieu à des actions d'ouverture inédites : une nuit, des cloisons entre des services hommes et femmes sont ainsi percées⁴³. De leur côté, les médecins dénoncent

40. Rapport Balvet, 1964.

41. Si cette loi est contestée depuis longtemps par certains psychiatres réformateurs, elle n'a pas fait l'objet de modifications depuis sa promulgation, malgré les nombreuses tentatives de réforme qui s'épuisent sans aboutir. Voir Henckes N., « 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*, n°76 septembre 2009, pp. 76-98.

42. Cf. Eyraud B., Henckes N., « Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 », *Le Mouvement social*, vol.1, n°243, 2013, pp. 61-79.

43. Entretien avec M. Soller, infirmier.

le cadre juridique de la loi de 1838, le qualifiant de « grand renfermement asilaire » (rapport commun 1968). Ils n'évoquent pas la réforme du 3 janvier 1968 mais participent à sa mise en œuvre et à la transformation du statut de nombre de malades internés, qui passent alors sous le régime de l'hospitalisation libre⁴⁴. À la fin des années 1960, plus de 80 % des adultes étaient hospitalisés sous le régime de la loi de 1838. La proportion s'inverse en une quinzaine d'années. Les malades hospitalisés sous le régime de droit commun deviennent majoritaires à l'hôpital au 1^{er} janvier 1973, jusqu'à atteindre plus de 90 % au milieu des années 1980⁴⁵.

Cette raison juridico-administrative n'est pas la seule à expliquer la baisse du nombre de malades placés sous le régime de 1838. Une évolution dans les pratiques psychiatriques – la réduction des durées de séjour – l'explique également⁴⁶. Mais c'est surtout le nombre d'admissions « loi de 1838 » qui baisse de façon spectaculaire. À l'hôpital du Vinatier, elles atteignent leur pic en 1964 avec 1 375 entrées dans l'année et descendent en 1985 à 147 entrées.

La poursuite d'une désépécification spatiale et administrative

Cette baisse considérable du nombre de personnes hospitalisées sous le régime de la loi de 1838 s'accompagne d'une réorganisation de l'espace au sein du domaine hospitalier, qui s'inscrit dans une volonté de « dépsychiatriser partiellement » l'établissement⁴⁷, en introduisant des services somatiques à l'intérieur du domaine du Vinatier : les services de médecine générale en 1977, les services de soin et de réadaptation un peu plus tard (figure 3).

La distinction administrative entre pavillons ouverts et pavillons fermés disparaît progressivement et discrètement, au rythme des « travaux de modernisation ». Cette réhabilitation restructure l'organisation intérieure des services. De nouvelles cloisons sont introduites pour remplacer des dortoirs par des chambres, espaces dont l'ouverture et la fermeture sont partiellement à la disposition des malades, et qui préservent davantage l'intimité.

Parallèlement, le recours à la force à l'intérieur de l'hôpital semble diminuer. Ainsi, en 1975, le docteur Bonnet constate qu'il n'a pas fait de demande d'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles, qu'il n'a conservé que cinq

44. Le terme d'hospitalisation libre n'apparaît pas directement dans les textes officiels mais il est utilisé par les doctrinaires et par les médecins. Cf. par exemple, Guilbert F., *Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux*, Paris, Librairies Techniques, 1974.

45. Au niveau national, la rupture est moins brutale. Plus de la moitié des personnes hospitalisées un jour donné sont encore soumises à un régime 1838 en 1975, même si 84 % des entrées sur une année se font alors en hospitalisation libre. Cf. Note de l'IGAS « relative aux modalités d'application des articles L 333 et suivants du code de la santé publique sur l'hospitalisation des malades mentaux », juillet 1979.

46. Voir Chapireau F., « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle », *L'Information psychiatrique*, n°83, 2007, pp. 563-70.

47. Rapport commun 1974.

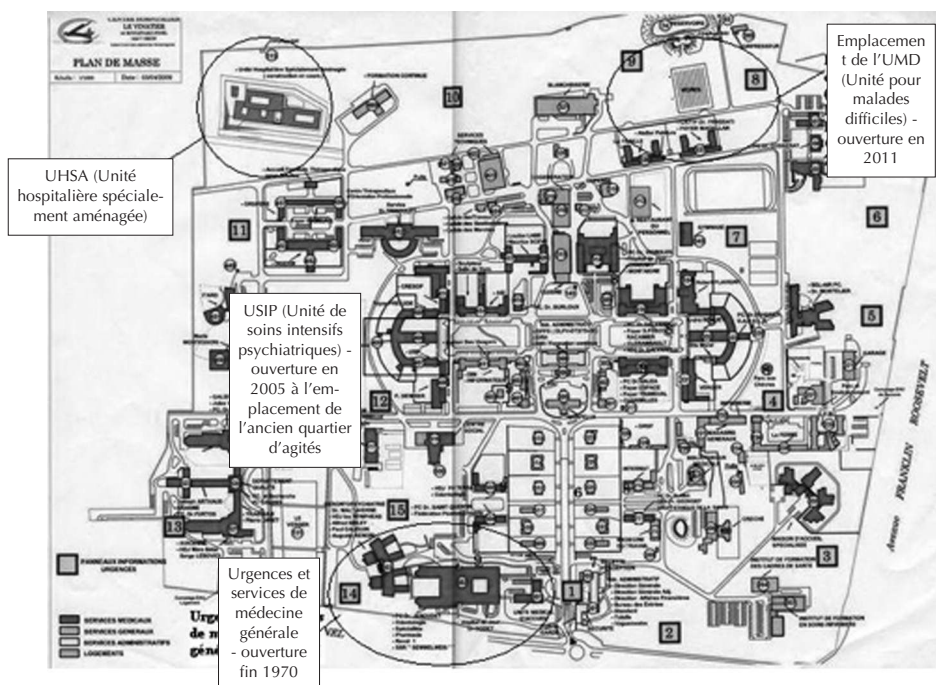


Figure 3. Le plan-masse du CHS du Vinatier en 2009

malades en hospitalisation d'office dans son service, et que les malades maintenus « sans leur consentement dans les pavillons sont essentiellement les déments et les démentes séniles désorientés » (rapport Bonnet 1974). L'augmentation considérable des effectifs du personnel au cours des années 1970⁴⁸ et le recours de plus en plus important aux prescriptions médicamenteuses⁴⁹ contribuent certainement à une gestion plus fluide des situations difficiles. Enfin, impulsés par la dynamique de la sectorisation, des liens avec l'extérieur se développent : le nombre de dispensaires se multiplie, l'autorisation est donnée aux personnels infirmiers de travailler en dehors de l'hôpital et des « voitures de secteur » sont mises en place⁵⁰.

48. Le nombre d'infirmiers passe ainsi de moins de 506 en 1966 à 777 en 1980 alors que, dans le même temps, le nombre de malades présents passe de 2 668 à 1 416. Le ratio personnel-malade passe ainsi de moins d'un infirmier pour cinq malades à plus d'un infirmier pour deux malades.

49. Rapport du pharmacien, 1969-1973.

50. Cette dissociation du soin psychiatrique et de l'espace de l'hôpital ouvre la question de la contrainte au soin hors de l'hospitalisation et de son encadrement juridique. La proposition de créer une mesure de contrainte extra-hospitalière apparaît de façon récurrente dans les propositions de réforme de la législation encadrant les hospitalisations sous contrainte, et se réalise dans la loi du 5 juillet 2011.

Les fermetures spatiales ne disparaissent pas pour autant au sein de l'hôpital : les portes de nombreux services continuent d'être fermées à clefs ; les barreaux demeurent aux fenêtres, des barrières sans ouverture clôturent les lieux de promenade. Le rapport commun de 1980 note même la réalisation de nouvelles chambres d'isolement. Fermetures et ouvertures connaissent ainsi de nombreux va-et-vient, et il est difficile d'évaluer si cela correspond dans les pratiques à des augmentations et diminutions dans le recours à la contrainte ou seulement à des déplacements. L'encadrement légal de certaines pratiques de contrainte produit, par la formalisation qu'il impose, une mise en visibilité de ces pratiques. C'est ce que prévoyait la procédure, inscrite dans la loi de 1838. La diminution constatée du recours à cette procédure ne signifie pas automatiquement la baisse des pratiques de contrainte et d'enfermement, mais en diminue la visibilité, dans les formes où elles persistent. Les traces du recours à la contrainte à l'intérieur des asiles sont peu nombreuses dans les archives qui donnent une faible visibilité aux pratiques moins légitimes, et/ou non-encadrées par des textes juridiques ou administratifs. Il faudrait recourir à d'autres types de sources : témoignages des psychiatres, des infirmiers, de tous ceux qui travaillent dans les hôpitaux, et bien évidemment des personnes hospitalisées⁵¹. Quelques remarques incidentes à l'intérieur des rapports et des notes de service sont cependant significatives. Ainsi, des médecins notifient officiellement l'existence de pratiques informelles d'enfermement. C'est, par exemple, le cas de Burgat qui évoque, lors de son premier rapport d'activité à son arrivée comme chef de service en 1973, ces services « fermés » soumis à la loi de 1838 dont les portes demeurent ouvertes et ces services « ouverts » dont les portes sont en fait fermées. Au niveau national, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) considère dès 1979 que « les hospitalisations libres pourraient masquer des internements dans lesquels les intéressés seraient privés des garanties mises en place par la loi du 30 juin 1838 »⁵². Cette question est prise en compte par le législateur qui précise dans la loi du 2 février 1981, dite « Sécurité et liberté », les droits des personnes hospitalisées librement – dont le droit de communication et de visite, la liberté de culte, mais surtout la liberté de mouvement au sein de l'établissement – et qui généralise la possibilité d'un recours judiciaire à tout malade hospitalisé dans un établissement psychiatrique, quel que soit son mode de placement.

51. Cf Fauvel A., « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol.49, n°1, mars 2002, pp. 195-216 ; Fauvel A., « Témoins aliénés et "Bastilles modernes". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) », Thèse de doctorat d'histoire, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2005.

52. « Notes relatives aux modalités d'application des articles L333 et suivants du code de la santé publique sur l'hospitalisation des malades mentaux », présentées par R. Docaigne, Inspecteur général de l'IGAS, p. 2. La note souligne par ailleurs que « l'hospitalisation sous une modalité ou sous une autre peut dépendre du hasard ».

Cette explicitation de règles procédurales relatives aux patients hospitalisés librement annonce le renouveau d'un souci pour les droits des patients. Dans les pratiques, ces distinctions demeurent confuses et sont contournées par une certaine « gestion informelle » de l'enfermement. Un exemple est particulièrement révélateur. À l'occasion de la venue du pape à Lyon en 1986, le préfet de police demande que « la sortie des malades des hôpitaux psychiatriques »⁵³ soit réduite au maximum, sans faire de distinction entre les malades soumis au régime de la loi de 1838 et les autres. Relayant cette consigne, le directeur de l'établissement informe qu'il n'autorisera pas, conformément à son pouvoir, les sorties pour les malades internés. Il demande par ailleurs aux médecins « d'être vigilants pour les permissions accordées sous [leur] responsabilité »⁵⁴. De plus, les données relatives au régime juridique des malades (placement d'office, placement volontaire, hospitalisation libre) n'apparaissent plus dans les rapports d'activités de l'hôpital entre 1987 et 1989, ce qui peut être interprété comme la perte de pertinence de ces données aux yeux tant de ceux qui rédigent ces rapports que de ceux auxquels ils sont destinés.

Un réinvestissement des procédures autorisant la contrainte ainsi que des formes d'enfermement renforcées

Les débats sur la réforme de l'organisation de la psychiatrie se poursuivent au cours des années 1980, mais ce n'est qu'à l'occasion de la mise en conformité avec une recommandation européenne⁵⁵ qu'une nouvelle loi, celle du 27 juin 1990, remplace les dispositions encore en vigueur de la loi de 1838. Techniquement, les règles d'hospitalisation sans consentement en hôpital psychiatrique sont peu transformées. L'hospitalisation libre est explicitement introduite dans la loi aux côtés des hospitalisations sans consentement (HSC), dans le même cadre juridique sur les modalités du soin psychiatrique. Elle est même définie comme le régime devant être privilégié, les HSC devant constituer une exception. La loi semble alors complètement défaire l'encastrement initial entre un statut juridique spécifique, l'enfermement spatial et la thérapeutique. Mais en actualisant le statut autorisant l'hospitalisation contrainte, elle renouvelle la tension qui le traverse entre la protection contre les atteintes abusives aux libertés des personnes et la légitimation de l'usage de l'enfermement. Quelques éléments permettent d'éclairer comment l'organisation contemporaine de la contrainte psychiatrique articule forme d'enfermement et procédure juridique spécifique.

53. Lettre du 15 septembre 1986.

54. Notes de la direction du Centre Hospitalier Spécialisé du 19 septembre 1986 aux médecins-chefs et praticiens hospitaliers.

55. Recommandation N°R (83)2 du comité des Ministres aux États membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires.

Le premier élément marquant est le réinvestissement du cadre juridique autorisant l'enfermement. Suite à la loi du 30 juin 1990, le recours aux mesures d'hospitalisation sans consentement connaît une augmentation très importante ⁵⁶. L'interprétation de cette augmentation est complexe : certains s'inquiètent d'une montée de l'intolérance face aux troubles mentaux, d'autres critiquent les sorties trop précoces et le défaut de dispositifs de soin extra-hospitalier suffisants, qui donneraient lieu à des réhospitalisations rapides ⁵⁷. Nous proposons une hypothèse supplémentaire : celle d'une attention accrue au respect du cadre juridique dans la limitation des libertés des personnes au sein des hôpitaux psychiatriques, qui se marque par la mise en place de procédures encadrant le recours à la contrainte. Au niveau du Vinatier, une sensibilisation à la question de l'usage des chambres d'isolement est menée, notamment par le docteur Terrat ⁵⁸. Leur nombre est d'ailleurs relevé au sein des rapports d'activités à partir de 1990 ⁵⁹ – cependant aucun chiffre n'est disponible quant à leur utilisation. Au niveau national, la Circulaire Veil de 1993 ⁶⁰ « rappelle » que le recours aux chambres fermées doit être limité aux personnes en hospitalisation sans consentement, ou restreint à quelques heures le temps de résoudre la situation ou de transformer le mode d'hospitalisation. Cette circulaire aurait conduit certains psychiatres à « transformer l'hospitalisation libre en hospitalisation sous contrainte chaque fois qu'il [est] nécessaire d'isoler un patient en hospitalisation libre » ⁶¹, contribuant à l'augmentation du nombre d'HSC. Le réinvestissement d'un cadre juridique, au nom du respect des droits des patients, pourrait ainsi participer à l'augmentation du nombre de mesures privatives de liberté.

Le second élément marquant est le développement de nouvelles formes visibles et assumées d'enfermement dans les établissements hospitaliers psychiatriques. L'on assiste ainsi à la (re)création de services caractérisés par un

-
56. Augmentation de 86 % entre 1992 et 2001 pour atteindre un total supérieur à 72 000 en 2001 (Circulaire du ministère de la Santé DGS/6C du 24 mai 2004). Cette augmentation doit cependant être contextualisée : la part des hospitalisations sans consentement parmi les hospitalisations en psychiatrie ne croît que légèrement sur la période pour atteindre 13 % en 2001. De plus, l'hospitalisation n'est plus le mode principal de prise en charge psychiatrique : 68 % des personnes suivies par les services de psychiatrie publique ne sont jamais hospitalisées. Cf. Moreau D., Rhenter P., « Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France », *Regards sur l'actualité*, La Documentation française, n°354, octobre 2009, pp. 36-47.
57. Prieur C., « Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté », *Le Monde*, 28 octobre 2004.
58. Il dirigera le rapport qui formalisera les recommandations professionnelles nationales en la matière. ANAES, « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », juin 1998.
59. On compte alors environ une chambre par unité de soins de trente lits, quoique ces chiffres puissent varier.
60. Circulaire n°48 DGS/SP3, « portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux », 19 juillet 1993.
61. Friard D., *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?*, Paris, Elsevier Masson, 2002, p. 62.

niveau de fermeture très élevé, un statut juridique des personnes « accueillies » et des règlements intérieurs spécifiques. Ce mouvement est initié avant que différents projets de loi associant crime et trouble mental et visant notamment à augmenter le contrôle étatique sur les hospitalisations d'office ne soient proposés à partir de 2007, suscitant la réactivation de la critique du caractère « sécuritaire » de telles mesures.

À partir des années 1990, des Unités de Malades Agités et Perturbateurs (UMAP) ou Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) sont créées⁶². Les UHSA, introduites par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002, sont quant à elles inscrites par leurs promoteurs dans un souci d'accès au soin des détenus souffrant de troubles mentaux.

À l'hôpital du Vinatier, c'est un peu plus tard que cette dynamique est initiée. En 2005, une USIP ouvre dans un des anciens pavillons de l'hôpital ayant servi autrefois de quartier d'agités. Plus récemment encore, de nouveaux murs d'enceinte ont été élevés au sein du domaine afin d'implanter une UHSA et une UMD.

On observe donc, parallèlement au réinvestissement de mesures juridiques autorisant l'hospitalisation contrainte, un renouveau de formes spatiales visibles d'enfermement. Si les pratiques psychiatriques ne se caractérisent plus en France par un encastrement du soin, de l'enfermement et d'un statut spécifique attribué aux patients, l'existence de zones d'encastrement y persiste et participe à l'économie des dispositifs de soins.

Les évolutions les plus récentes de la psychiatrie, dont l'hôpital du Vinatier constitue un exemple particulièrement emblématique, témoignent d'une visibilisation indéniable des pratiques d'enfermement existantes dans le soin psychiatrique. En opérant un détour par le temps long, notre analyse permet de mettre à distance toute lecture univoque de ce phénomène. Le parcours, à travers différentes périodes de l'histoire, des formes du recours à la contrainte dans un hôpital particulier montre que les tensions à l'œuvre se rejouent de façon récurrente, se référant à des justifications variées : soin, droit des malades, dignité, protection de la société. Dans cet article, nous nous sommes centrés sur les régulations de l'enfermement organisées par les règles juridiques et administratives dans l'organisation du soin – et n'avons abordé la question des justifications qu'à travers celles mobilisées par les régulations elles-mêmes. En étudiant ces régulations sur plus d'un siècle, nous avons montré une diversité des usages des règles juridiques et administratives qui coexiste avec la grande stabilité dans le temps du cadre juridique de l'enfermement psychiatrique.

62. Un règlement intérieur spécifique y instaure la fermeture systématique des chambres des malades pendant la nuit et certaines heures dans la journée.

Ce constat se prête à des interprétations opposées. Les évolutions des chiffres du recours aux procédures d'hospitalisation sans le consentement de la personne pourraient être utilisées, selon les époques et le sens de la courbe, pour faire valoir la baisse des pratiques contraignantes ou en dénoncer l'augmentation. Une interprétation inverse pourrait s'appuyer sur la persistance d'un cadre législatif et réglementaire et d'usages de contraintes non encadrées juridiquement pour souligner une certaine « homéostasie » du niveau de contrainte, qui se déplacerait ou se redistribuerait en fonction de l'organisation du soin tout en restant équivalent.

Notre interprétation est plus prudente. Nos résultats ne permettent en effet pas d'établir une mesure du niveau de la contrainte – cela n'était pas notre objectif et, de plus, la possibilité même d'une telle objectivation demeure à nos yeux bien incertaine. Ils nous permettent, en revanche, d'éclairer le contraste entre la relative stabilité de règles autorisant le recours à l'enfermement et la diversité de leurs usages, ainsi que l'écart existant entre les règles et leur application qui détermine la visibilité et la légitimité de ces pratiques. Des formes de fermetures et contraintes peuvent se maintenir ou se développer sous des formes plus discrètes, hors de l'encadrement de la loi. En définissant les formes de contraintes légales, la loi peut être interprétée comme une manière de les légitimer. À l'inverse, on peut soutenir qu'en imposant des règles formelles afin d'en contrôler l'usage, en organisant leur relevé officiel, elles les dénaturalisent, les rendent plus visibles et ainsi à nouveau problématiques ⁶³.

Ce résultat invite à une conclusion plus générale. Avec les tenants du contrôle social, d'inspiration anglo-saxonne ou foucauldienne ⁶⁴, on peut en effet dire que, si la psychiatrie en France est aujourd'hui majoritairement extra-hospitalière, l'interprétation de sa signification sociale doit inclure le recours possible à la contrainte dans l'économie de ses dispositifs et de ses actions. Mais plutôt que de faire des règles de droit, administratives ou juridiques, l'instrument univoque d'un contrôle toujours plus diffus, nous invitons à les considérer dans leur usage et leur contestation, comme un révélateur des recompositions sociales du rapport entre la règle et ce qui lui échappe. À cet égard, on ne peut qu'être surpris par l'écart existant entre des lieux où la contrainte est si fortement protocolisée et de nombreux autres, dans les lieux ordinaires de vie et de soin, telles les maisons de retraite, où sa régulation demeure si peu importante.

63. Il serait à ce titre particulièrement éclairant d'étudier, avec un peu de recul, la mise en pratique de la loi du 5 juillet 2011 qui réforme les hospitalisations sous contrainte, à partir du cadre d'analyse que nous proposons ici : en dissociant la contrainte du soin de l'hospitalisation, cette loi entraîne un renouveau de l'attention sur la contrainte qui s'exerce non seulement en ambulatoire, hors de l'hôpital, dans le milieu de vie même des personnes visées, mais également au sein même de l'hospitalisation – par les fermetures spatiales, mais aussi au sujet des traitements administrés à la personne.

64. Castel R., *La gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1984 ; Rose N., *Governing the Soul. the Shaping of the Private Self*, Londres, Free Association Books, 1999 (1989).