APRÈS L'ASILE
La reconfiguration des tensions entre soin, sécurité et liberté dans le traitement social des troubles mentaux

Delphine MOREAU
delphmoreau@free.fr

La psychiatrie s'est développée dès sa naissance dans les tensions entre soin, sécurité et liberté. Elle a longtemps été accusée d'être un instrument de contrôle social, un mode de gestion des éléments « déviants » de la société au moyen de leur enfermement dans les murs de l'asile. La fermeture des grands asiles et l'affirmation de l'objectif de la réintégration des malades dans la communauté au cours de la deuxième moitié du XX^e^ siècle devaient transformer profondément son rôle. Comment les troubles mentaux sont-ils aujourd'hui appréhendés, pris en charge, et sous quelles modalités ? À quelles conséquences pratiques, pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques, ont conduit les discours de liberté sous leurs deux formes, de volonté de restauration de l'autonomie des personnes hors de l'institution, d'une part, et de garantie de leurs droits d'autre part ?

À l'origine, dans sa forme peut-être la plus généreuse d'après-guerre, le projet de déshospitalisation des malades mentaux s'inscrivait, en effet, dans un désir d'émancipation de ceux-ci d'un « contrôle total » exercé par l'institution psychiatrique, considérée comme potentiellement aliénante et délétère, quand elle ne s'avérait pas tout simplement responsable de mauvais traitements. Il s'agissait de réinsérer les malades et, plus encore, de les accueillir dans la communauté. La loi sur les hospitalisations sans consentement du 27 juin 1990, qui devait refondre la vieille loi de 1838, était sans doute moins ambitieuse dans la mesure où le principe d'une situation d'exception restait conservé, mais elle s'inscrivait également, à un autre niveau,

dans une perspective libérale de respect des droits des personnes hospitalisées.

Mais si la déshospitalisation a été initiée dans le cadre d'une critique de l'asile, alors que certains cherchaient à donner une place nouvelle aux malades mentaux, elle s'est poursuivie dans les années 1990 sous l'effet des politiques de réduction des coûts de santé, qui y ont contribué très concrètement en réduisant le nombre de lits, c'est-à-dire le nombre de places d'hospitalisation, sans développer à hauteur égale des structures de suivi en ambulatoire. Cette réduction de l'intervention étatique sous son mode psychiatrique engage de fait, par-delà l'ambition de réintégrer les malades dans la communauté, une redistribution des responsabilités dans la prise en charge des troubles mentaux vers l'ensemble des acteurs publics et privés au contact des populations : agents des services publics, police, médecins libéraux, voisinage, et tout d'abord l'entourage des personnes, quand cet entourage est encore présent et en lien avec elles[7].

La psychiatrie d'« après l'asile » est aujourd'hui sous le poids d'une double critique : premièrement, elle constituerait toujours un contrôle social, plus diffus et moins visible, mais effectif, au moyen des structures de suivi extrahospitalier, des traitements neuroleptiques et du maintien d'un recours possible et effectif aux hospitalisations sans consentement. On pourrait même être tenté de discerner de nouvelles modalités de pouvoir dans la reconfiguration actuelle de la place assignée à la psychiatrie sous la figure de la « santé mentale » : le recours à la psychiatrie s'y trouve à la fois médicalisé, banalisé et élargi (dépression, toxicodépendances, traumatismes…). Dans quelle mesure ces transformations affectent-elles la prise en charge des troubles mentaux ? Doit-on y lire le développement de dispositifs de gestion des populations par la médicalisation et, en l'occurrence, la psychiatrisation des difficultés qu'elles rencontrent ?

7. Voir Isaac Joseph, « Intermittence et réciprocité », dans Isaac Joseph, Joëlle Proust (dir.), *La Folie dans la place*, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », n° 7, 1996, p. 17-36. Isaac Joseph analysait cette redistribution des compétences et des responsabilités face aux troubles psychiatriques comme une conséquence du mouvement de critique de la psychiatrie asilaire et de promotion d'un traitement communautaire ; cette analyse peut à notre avis être prolongée dans le contexte qui est le nôtre actuellement, où la critique institutionnelle a perdu de sa force, les ambitions d'organiser un réel suivi des personnes dans la communauté restent localisées et les moyens nécessaires pour réaliser ces ambitions demeurent limités.

D'autre part, cette évolution serait allée « trop loin » dans la déshospitalisation, accusée non plus « d'internements abusifs » mais de « déshospitalisations abusives », selon les termes de certaines associations de familles (notamment), qui trouvent que leurs proches sortent trop tôt de l'hôpital, à un moment où ils sont encore trop affectés par leurs troubles. L'intervention psychiatrique n'aurait lieu qu'aux moments de crise les plus graves, au lieu de permettre de les prévenir. Les « garanties » posées par la loi sont alors présentées comme autant d'obstacles à l'accès au soin.

Ces deux critiques, apparemment opposées, ne sont pas contradictoires. L'hypothèse qui sera ici défendue[8] n'est pas celle d'un gouvernement des personnes et d'une gestion des risques unifiés mais celle, dans le cadre de ce régime « libéral » de prise en charge de la maladie mentale, censé favoriser les soins « dans la cité », d'un tableau hétérogène et contrasté, d'une coexistence de plusieurs types de modalités de prise en charge sociale des troubles mentaux entre différents types d'institutions, entre contrôle, contention, soin, aide et répression.

La psychiatrie hors les murs à l'épreuve des hospitalisations sans consentement

Le recours aux hospitalisations sans consentement apparaît comme l'épreuve de la psychiatrie d'après l'asile et la limite de la déshospitalisation. En effet, le mouvement, réel, de déshospitalisation ne s'est pas accompagné d'une diminution du recours aux hospitalisations sous contrainte, bien au contraire. Intitulée « loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », la loi du 27 juin 1990 s'inscrit dans le mouvement qui conduit, dans nombre de pays d'Europe et d'Amérique du Nord, à augmenter les garanties contre des hospitalisations sous contrainte abusives. Mais elle reconduit la possibilité d'hospitaliser des personnes sans leur consentement selon des modalités proches des anciens placements « volontaires » et « d'office » de la loi de 1838. Le maintien de cette mesure d'exception qui permet de

8. Et que nous chercherons à mettre à l'épreuve dans notre travail de recherche en cours, dans le cadre d'une thèse de sociologie sur le recours aux hospitalisations sans consentement.

contraindre les corps au motif du soin psychiatrique est la marque d'une déshospitalisation psychiatrique à la française, qui a maintenu l'hôpital au centre de son dispositif de prise en charge des troubles mentaux.

On aurait pu s'attendre à ce que le nombre d'hospitalisations sans consentement (HSC) diminue par ce nouvel encadrement des pratiques et cette attention à l'autonomie des personnes[9]. Bien au contraire, le nombre d'HSC a fortement augmenté depuis la loi du 27 juin 1990, (de 34 % entre 1980 et 1988[10], et de 86 % entre 1992 et 2001[11]) en particulier le nombre de procédures d'urgence. L'interprétation de cette évolution est complexe. Si le nombre d'HSC est à mettre en rapport avec le nombre d'hospitalisations total – la proportion d'HSC n'est passée que de 11 % à 13 % entre 1992 et 2001[12] – on ne peut nier que le *recours* à cette mesure s'est multiplié de façon exponentielle. Plusieurs pistes d'interprétations sont alors proposées. Cela peut traduire une tolérance sociale pour les troubles plus faibles ; il peut y avoir abus et détournement de la loi de 1990. Cela peut être imputable à des hospitalisations désormais trop brèves (on serait allé « trop loin » dans la déshospitalisation), ce qui induirait des réhospitalisations à court ou moyen terme. À l'inverse, le manque de structures d'accueil extrahospitalières peut être souligné (la politique « de secteur[13] » n'aurait pas été menée à son terme). Enfin, on peut s'interroger sur l'organisation du système de prise en charge psychiatrique en France, en notant la disparité des chiffres entre les départements (la proportion du nombre d'HSC par rapport au nombre d'hospitalisations total peut passer de 1 à 11 selon les départements). Cette disparité s'explique

9. Il faudrait ajouter, pour compléter la présentation du contexte, le développement des droits du patient dans la relation médicale, jusqu'à la reconnaissance explicite d'un droit du patient à refuser des soins en 2004, hors certaines situations, dont les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie.

10. Hélène Strohl et Martine Clémente, *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, IGAS, Paris, 1997.

11. Circulaire DGS/6C n°2004/237 du 24 mai 2004 « relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003. Transmission du rapport d'activité pour les années 2000 et 2001 ».

12. *Ibidem*.

13. Le secteur est un découpage géodémographique du territoire français permettant de référer chacun des habitants à une équipe chargée sur ce territoire d'assurer une mission de prévention et la continuité des soins dans et hors l'hôpital. Il est mis en place par la circulaire du 15 mars 1960 et confirmé par la loi du 25 juillet 1985. Au-delà d'un simple dispositif administratif, il représentait un moyen pour ses promoteurs d'imaginer un soin hors de l'hôpital, une autre place des malades mentaux pour la psychiatrie et dans la société. Voir François Fourquet et Lion Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, éditions Recherches, 1980.

probablement par une inégalité de ressources entre les différents secteurs, en termes de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation et de personnels soignants, mais ces données ne sont pas strictement corrélables et ne permettent donc pas entièrement de rendre compte du phénomène. Par suite, il y a probablement une disparité dans le rôle qui est attribué par les acteurs concernés à l'hospitalisation sans consentement, et dans la difficulté qu'ils attachent au recours à ce type de mesure. Ce qui peut être associé à des habitudes locales d'équipes psychiatriques, à des politiques de chefs de services, ainsi qu'aux conceptions et manières de faire des acteurs locaux (élus, police, travailleurs sociaux…).

Le recours non exceptionnel aux HSC est la marque de la limite du mouvement de déshospitalisation, à la fois comme maintien d'un recours à la coercition et comme signe de la place conservée par l'hôpital dans la psychiatrie. Mais l'analyse ne peut s'en tenir là. La disparité dans l'usage des HSC doit être insérée dans le contexte plus large de l'interprétation et de l'orientation des troubles lorsqu'ils se manifestent, une mesure d'hospitalisation sans consentement ne pouvant être prise sans recours initial à la psychiatrie, ce qui n'est pas nécessairement le cas si les troubles au lieu d'être pris comme la manifestation d'un désordre psychique sont interprétés comme étant de l'ordre, par exemple, de la délinquance. C'est le fait même que ces troubles se retrouvent pris entre les actions de différents acteurs qui les conduit soit à être traités selon la logique de l'institution qui prendra d'abord la personne en charge (à commencer par la psychiatrie et la justice), soit à échapper à chacune, ce qui dépend de la forme prise par les troubles, des caractéristiques sociales de la personne et des configurations locales des acteurs (c'est-à-dire des pratiques des équipes et de la mise en place ou non de formes de coopération plus ou moins formalisées).

La coexistence de trajectoires hétérogènes

Il est ainsi possible d'identifier plusieurs types de trajectoires possibles entre ces différentes institutions. À un pôle, on trouve des trajectoires de psychiatrisation où un contact initial avec la psychiatrie

publique – que la personne soit venue consulter d'elle-même ou ait été signalée par un tiers – conduit à l'intervention psychiatrique en cas de trouble ultérieur. Une première hospitalisation, et *a fortiori* une première hospitalisation sans consentement, constitue une sorte d'« antécédent psychiatrique », un « casier psychiatrique » si on veut forcer le trait (d'où l'importance de l'enjeu de la conservation des informations : sont-elles informatisées ? sont-elles centralisées ? qui y a accès ?), qui favorise le recours à la psychiatrie et à l'hospitalisation en cas de nouvelle situation problématique interprétée comme « rechute ». Sans que la première hospitalisation constitue ni nécessairement ni automatiquement une « entrée dans une carrière morale de malade mental[14] », elle constitue un précédent significatif, *a fortiori* pour les acteurs qui ne se reconnaissent pas de compétence psychiatrique (comme un élu sollicité pour réaliser une hospitalisation d'office). La présence de proches soucieux de la continuité du suivi et inquiets de l'éventuelle résurgence de troubles peut ici favoriser le recours à la psychiatrie. Ces « trajectoires de psychiatrisation » peuvent être comprises comme prises en charges suivies et relativement continues, mais peuvent induire une (sur)interprétation psychiatrique des désordres associés à la personne et des formes de contrôle serré.

À un autre pôle figurent des trajectoires de judiciarisation[15] : une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles psychiques graves en prison est constatée en Europe et en Amérique du Nord[16]. Soit la transgression initiale n'est pas identifiée comme liée à un trouble psychiatrique, soit celui-ci se déclare pendant la détention, soit l'expertise psychiatrique n'est pas sollicitée (cas des comparutions immédiates) ou elle conclut à l'absence de trouble mental impliquant une absence de responsabilité au moment du crime[17]. Une peine anté-

14. Voir Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

15. Magali Coldefy, Patricia Faure, Nathalie Prieto, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et Résultats* (DREES), n° 181, juillet 2002.

16. Sur la judiciarisation de la maladie mentale, et pour avoir un aperçu de la littérature nord-américaine sur le thème, aujourd'hui pris comme tel comme un enjeu de politique publique, voir Danielle Laberge, Pierre Landreville et Daphné Morin, « Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice », *Criminologie*, vol. 33, n° 2, 2000, p. 81-107.

17. Plus précisément, l'article 122.1 du Code pénal qui a remplacé l'article 64 a ajouté à la situation d'« abolition du discernement » qui conduisait à conclure au non-lieu, la situation où le discernement est simplement « altéré » – ce qui devait constituer une circonstance atténuante mais tend au contraire à durcir les peines par peur de la dangerosité des personnes. Voir Serge Portelli, « La pratique de

rieure, réalisée ou avec sursis, constitue cette fois un « casier judiciaire » et, en cas de récidive, la personne est « connue des services de police » et apparaît comme récidiviste. Il est probable qu'il existe une corrélation entre l'origine sociale (le niveau socio-culturel, la maîtrise de la langue et du fonctionnement des institutions) et l'orientation en prison, *a fortiori* pour les personnes souffrant d'un trouble mental.

Enfin, entre les différentes institutions, il existe des trajectoires en échappées, dont la prise en charge, morcelée, peut être dispersée entre plusieurs institutions : école, justice, psychiatrie, réinsertion socio-professionnelle. Ces trajectoires sont celles des personnes qui échappent à un suivi, dont le premier contact avec la psychiatrie peut être éventuellement très tardif, et qui cumulent de multiples difficultés (souvent des difficultés scolaires ou d'insertion professionnelle, des incidents avec intervention de la police, des situations de violence dont ils peuvent être victimes, etc.). Avec des échappées, des « fugues » de l'hospitalisation voire des moments d'errance, des refus de prises en charge pour échapper à une intervention perçue comme intrusive, contraignante et pénible. Ce qui se produit d'autant plus en l'absence de tiers soucieux et/ou de troubles perçus comme suffisamment perturbants.

Il faut ainsi distinguer des trajectoires prises dans des contrôles serrés, où le petit désordre est immédiatement interprété comme symptôme et conduit à une intervention psychiatrique (visite à domicile, hospitalisation), et ces trajectoires qui passent entre les mailles des « filets du secteur » où seule la « grosse crise » aboutit à une prise en charge effective. La question de savoir si la personne dispose d'un entourage présent se révèle être probablement un facteur important : la présence d'un entourage (disposant de compétences suffisantes) peut permettre d'éviter la prison, lorsque qu'il dispose des moyens d'interpeller l'institution judiciaire (grâce à une plus grande maîtrise des processus judiciaires) et de favoriser l'accès aux soins, en contribuant à l'établissement et au maintien d'un lien entre la personne et un suivi psychiatrique.

---

l'article 122-1 du Nouveau Code pénal », dans Claude Louzoun, Denis Salas (dir.), *Justice et Psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1997, p. 153-162.

La redistribution non concertée des compétences et des responsabilités

C'est une conséquence importante de ce mouvement de déshospitalisation, que nous indiquions plus haut et qu'il faut souligner : le désengagement de l'État dans la prise en charge des « malades mentaux » conduit au transfert d'une solidarité publique vers des solidarités privées de fait réinvesties. Sans qu'au départ rien ne soit dit, le désengagement de la psychiatrie et les politiques publiques de santé en la matière font reposer la charge de l'accompagnement des personnes souffrant des troubles psychiques sur ceux qui y sont confrontés « de près », par les liens qui les attachent à ces personnes, et/ou par la proximité géographique, la coexistence dans un même lieu.

Les familles se sont ainsi trouvées en première ligne, face à la fois aux inquiétudes que soulevaient chez elles les troubles psychiques de leur proche et aux problèmes liés à son accompagnement médico-social. La déshopitalisation repose la question des difficultés rencontrées par les personnes qui souffrent de troubles psychiques au sein de la société : l'accès au soin, bien sûr, mais aussi à l'hébergement, aux ressources financières ; à l'aide à la formation, à l'emploi ; aux lieux d'accueil, d'activités et de socialisation pour ceux qui sont exclus du monde du travail ou qui ne peuvent en assumer les contraintes ; à l'accompagnement pour les tâches administratives, la gestion des biens, et éventuellement, au quotidien, les repas, le ménage, etc. Mais cette question n'est pas posée publiquement, ce qui conduit à une absence de réflexion et de contrôle sur les modes de désignation de ceux qui assument la charge de ces difficultés : désignés par la justice quand est prise une mesure de tutelle ; auto-désignés dans le cas des proches qui s'en chargent le plus souvent au sein de la famille, parfois dans l'isolement ; interpellés par les autres acteurs sociaux en cas de problème ou pour réaliser une HDT ; ou encore absents, laissant la personne souffrant de troubles psychiques seule pour régler un ensemble de tâches matérielles et de situations sociales complexes[18]. La « liberté » ainsi retrouvée ou respectée par le mouvement de déshospitalisation peut ainsi se révéler une liberté « désaffiliée » pour ceux qui, isolés, ne

18. Voir Martine Bungener, *Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile*, Paris, Inserm éditions, 1995 ; Delphine Moreau, *Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques*, Paris, CNAF, Dossiers d'études, n° 94, juillet 2007.

peuvent recourir à ces solidarités privées dans les trous de l'intervention publique. Elle est alors une « individualité négative » selon les termes de Robert Castel[19] : sans les supports nécessaires pour disposer d'une réelle prise sur son existence.

* * *

La déshospitalisation issue de ces trois mouvements visant la restauration de l'autonomie des malades, la garantie de leurs droits et liberté et la réduction des coûts de santé n'ont pas conduit à une situation pouvant se décrire selon le modèle d'une gestion psychiatrique des populations à partir d'une évaluation prévisionnelle des risques. L'hétérogénéité des parcours, due à la pluralité non coordonnée des institutions en jeu mais aussi aux résistances des acteurs à l'exercice d'un pouvoir excessif, vient le contredire. Des tentatives de cet ordre existent, par exemple celle d'identifier par un diagnostic précoce des personnes chez lesquelles le risque de développer un trouble est important, pour l'empêcher de se développer, avec le danger de « psychiatriser » et de « médicaliser » à l'excès des situations qui sans cela retourneraient à la normale. C'est le débat qui est né autour de la publication du rapport de l'Inserm sur le dépistage des troubles chez l'enfant. C'est également un débat qui existe autour du dépistage de la schizophrénie[20]. Mais ce n'est pas le type dominant de prise en charge et d'appréhension des troubles.

Loin d'une action qui tâcherait de prévenir à l'échelle d'une population des risques *potentiels,* c'est-à-dire des dangers *non encore réalisés*, on est plutôt dans des formes de réactions ponctuelles à des crises *effectives* individuelles, avec :

- des formes d'autolimitation de la part de chacune des institutions (et notamment la psychiatrie et la police) qui ont intériorisé les critiques qui peuvent leur être portées, ce qui peut aboutir, concrètement, à un refus d'intervention. Ce refus d'intervention est justi-

19. Les notions de « désaffiliation » et « individu négatif » sont toutes deux développées par Robert Castel dans *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, 1995, p. 44. Voir aussi Robert Castel, Claudine Haroche, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretien sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

20. Livia Velpry (dir.), *Coups de tonnerre dans un ciel couvert. Approche sociologique de l'émergence des troubles d'apparence psychotique*, Rapport, MiRE, DREES, juin 2005.

fié sous des formes différentes selon les acteurs : du côté de la psychiatrie, respect de l'autonomie du patient hors de l'urgence ; du côté de la police, refus d'intrusion dans un domicile privé hors de violences graves avérées ; du côté des pompiers, même refus hors des cas de détresse physique.

• des formes d'indifférence : absence de souci et d'intervention tant que les personnes se maintiennent dans une marginalité silencieuse, non dans le silence des symptômes, mais dans un silence social ;

• des formes de gestion brutale des moments de crise avec une orientation vers la psychiatrie ou la justice qui n'est pas déterminée par l'existence et la gravité d'éventuels troubles psychiatriques, mais par la forme que prennent les manifestations symptomatiques et la contingence de l'intervention des différents acteurs locaux.

Bien sûr, il existe des équipes qui s'efforcent d'intervenir en amont, de dénouer les crises, déconstruire l'urgence, créer un lien qui permette d'éviter cette succession de non-interventions et d'interventions coercitives lors de la crise. Les dernières décennies ont vu se développer équipes mobiles, centres d'accueil et de crises, organisations de rencontres entre les différents acteurs. Mais outre qu'on reste dans un traitement de situations individuelles, loin des analyses fascinées par les « nouveaux dispositifs de pouvoir », il faut souligner combien on a affaire à des configurations locales, c'est-à-dire combien cette redistribution des compétences et des responsabilités issue de la déshospitalisation est tributaire des manières dont les différents institutions et professionnels locaux vont s'emparer des questions qui se posent à eux, travailler ensemble ou non, se répartir les rôles de façon concertée, laisser les personnes concernées dans les marges de l'intervention publique ou encore ouvrir comme champ d'intervention ces mêmes marges[21].

Par ailleurs, la possibilité du recours à la contrainte permet le maintien de formes de contrôles par la psychiatrie, d'intrusion, de surveillance serrée et individualisée. Même si le nombre de personnes hospitalisées a diminué (si on compte en personnes/jours), cela ne doit

21. Voir Anne Lovell, « Mobilité des cadres et psychiatrie "hors les murs" », dans Isaac Joseph, Joëlle Proust (dir.), *La Folie dans la place*, *op. cit.*, p. 55-81.

pas nous faire négliger les effets d'une procédure d'exception qui devient plus familière, et appartient un peu plus à la norme habituelle.

Aujourd'hui se profile la menace d'une volonté-velléité *d'abolition* du risque : par delà une gestion du risque qui *inclurait* sa possibilité, on voit apparaître le fantasme de sa suppression, avec la mise en exergue du caractère « insupportable » qu'il peut y avoir à libérer quelqu'un qui a été violent[22]. C'est tout le travail de séparation du soin et de la justice qui est remis en cause par les propositions de tenir les malades mentaux pour responsables devant la justice ou, inversement, de médicaliser des délinquants et des criminels[23]. Cette configuration qui émerge représente une forme de régression, mais aussi un caractère de modernité incontestable, manifeste dans cette logique qui cumule principe de précaution et refus du risque (« risque zéro ») : non pas prise en compte du potentiel, mais visée de *suppression* du potentiel, dans un rabattement du potentiel sur de l'actuel, qui fait qu'on va traiter celui qui pourrait commettre un acte comme s'il l'avait déjà commis. Cette logique déduit à partir d'actes précédents, parfois très petits, des actes futurs parfois beaucoup plus grands, en s'appuyant l'indétermination des notions de risque et de danger.

Nous n'avons pas ici insisté sur cette transformation, non parce qu'elle serait peu conséquente, mais d'une part parce qu'elle n'est pas réalisée et rencontre des résistances, et d'autre part pour mettre en évidence cette configuration particulière, qui est encore la nôtre, où la

22. Lors de la présentation au parlement du projet de loi sur la prévention de la délinquance en janvier 2007, qui incluait plusieurs articles sur l'hospitalisation d'office (articles qui en ont ensuite été retirés devant les vives protestations des professionnels de la psychiatrie et des associations de proches et de malades), Nicolas Sarkozy alors ministre de l'Intérieur déclarait : « La victime n'est pas simplement le malade : c'est aussi la victime innocente qui croise la route d'un malade ! La société doit lui rendre des comptes (*applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*). […] J'ai été frappé en allant rendre visite, dans la Nièvre, à la famille de ce petit enfant de quatre ans et demi que l'on a découvert noyé et violé. Quand la famille m'a demandé pourquoi nous avions laissé un monstre s'installer près de leur enfant, je me suis dit que les victimes avaient, elles aussi, droit à la parole et que nous devions en tenir compte ! » (Assemblée Nationale, 14 février 2007) On note le recours à la figure du monstre moderne, violeur et tueur d'enfants comme figure paradigmatique du « malade [mental] ».

23. Voir Frédéric Gros, « Un nouveau punissable », dans Claude Louzoun et Denis Salas (dir.), *Justice et Psychiatrie*, *op. cit.*, p. 300 : « Quand on encourage un détenu à se soigner (la thérapie s'offrant dans la publicité ambiguë d'une remise de peine), on replie l'un sur l'autre les deux sujets qu'un siècle positiviste avait condamnés à s'affronter verticalement. […] On ne sait plus si on soigne un sujet de droit, ou si l'on punit un malade. »

promotion des libertés, du soin et des droits du malades coexiste avec de l'indifférence, une liberté nue et des forme de contraintes serrées, à un moment où la psychiatrie, hors des faits divers et de leur récupération sécuritaire, a quelque peu disparu de l'espace public commun de réflexion et est tombée dans des formes d'invisibilité, perdant sa dimension d'objet politique.