



UN BREF HISTORIQUE DE LA NOTION D'ENFERMEMENT EN PSYCHIATRIE

-oOo-

INTRODUCTION

Lorsque nous évoquons la notion d'enfermement en psychiatrie, se présente tout d'abord à notre esprit l'enfermement spatial du patient dans l'institution aliéniste. Toutefois la notion d'enfermement pourrait aussi bien concerner l'enfermement dans une nosographie mouvante et évolutive mais réductrice et stigmatisante, ou encore l'enfermement dans les différents et successifs champs idéologiques et théoriques qui ont ponctué et organisé la prise en charge des malades mentaux au cours des siècles et qui continuent d'agir nos pratiques de soignants. Dans cette optique, le patient n'aurait-il alors que la possibilité créative de sa symptomatologie particulière, de sa subjectivité « anormale », de son délire enfin, pour tenter d'échapper enfin à la rigueur de ces enfermements multiples et éminemment aliénants, fut-ce au détriment de sa **liberté d'aller et venir dans le service de psychiatrie** qui l'accueille ?

Nous allons au cours de ce texte nous intéresser à l'historique de l'enfermement en psychiatrie, tout en décidant de nous limiter, de quasiment nous enfermer nous-mêmes dans le champ spécifique de la notion d'enfermement spatial au sein de l'hôpital psychiatrique. Afin d'organiser notre propos, nous suivons un découpage de l'histoire des institutions sanitaires en quatre périodes (ROCHAIX, M. 1966. *Les hôpitaux en France*. Paris, PUF) présentant chacune une rupture conceptuelle avec la précédente et un objectif différent au sein des établissements hospitaliers : 1. le Moyen Age ; 2. la Renaissance et l'âge classique ; 3. la période allant de 1789 à la fin de la Seconde Guerre mondiale ; 4. la période actuelle. Enfin, nous intéresserons à l'enfermement des enfants malades mentaux, ceux-ci n'ayant fait que trop tardivement l'objet d'une prise en charge différenciée de celle des adultes et bénéficiant désormais de structures spécifiques et adaptées, ce dont l'organisation de ce texte se fera l'écho.

1. LE MOYEN-AGE

Couvrant environ dix siècles, du VI^e au XV^e, cette période va voir se fonder et se développer, à l'initiative des évêques puis des ordres monastiques, **les premiers établissements de soins hospitaliers destinés à accueillir indifféremment voyageurs, pèlerins, vagabonds, pauvres, malades, fous, lépreux, orphelins, femmes isolées.** Le concept présidant à la fondation et à l'organisation de ces établissements est alors à valence mystique, profondément imprégné des valeurs chrétiennes de charité et de salut des âmes. On y applique les préceptes de la religion chrétienne selon des rituels qui organisent la prise en charge des personnes accueillies. **S'il n'est pas précisément fait mention de notion d'enfermement dans ces institutions, notamment pour les patients pointés comme privés de raison, rapidement va se mettre en place une répartition des personnes,** d'une part en fonction de leur statut social et de leur niveau économique, et d'autre part en fonction de leur appartenance à la communauté : les étrangers pèlerins et voyageurs étant hébergés hors les murs de la cité. Cette ségrégation découle de la méfiance envers l'étranger, potentiellement suspect d'un certain pouvoir de nuisance, de troubler l'ordre social ou d'être vecteur d'épidémies. Le fou quant à lui bénéficie de représentations sociales diverses et pas forcément négatives. Dans le cadre artistique il est une fenêtre ouverte sur l'âme et ses images sans limitations - voir les œuvres de Jérôme Bosch -, il est également le héros des fêtes populaires à caractère burlesque lors desquelles il jouit de la totale liberté d'aller et venir dans les rues des villes, portant plumes et grelots et se livrant en toute impunité aux pires vacarmes.

Les XII^e et XIII^e siècles connaissent une augmentation et une accélération des communications, couplées à une augmentation démographique (et notamment de la population nécessiteuse et en mauvaise santé) ainsi qu'un glissement de l'idéologie dominante vers une plus grande spiritualité jetant l'opprobre sur les comportements « coupables » et visant à réguler les mœurs. Cette période va voir une compétition entre pouvoir religieux et pouvoir laïque en matière de création d'établissements hospitaliers. Concernant plus précisément l'enfermement, ce sont les lépreux, ou présumés tels, qui vont faire les frais de cette procédure d'exclusion et de maintien à distance de la communauté par leur enfermement dans des maladreries, léproseries, meselleries qui se multiplieront sur le territoire.

Au cours des XVI^e et XV^e siècle les établissements hospitaliers vont connaître certaines difficultés. Générateurs de bénéfices, de legs et de dons, leur gestion suscitera convoitises et détournements de fonds, mettant nombre d'entre eux en difficulté. Dans le même temps, l'épidémie de peste de 1347 va décimer la population, majorant le nombre de nécessiteux. Enfin, les combats de la guerre de Cent Ans détruiront une grande partie des institutions hospitalières. Les municipalités, interpellées par les incidences policières de la pauvreté et de la maladie, s'investiront davantage dans l'administration hospitalière. **Peu à peu se dégagera une spécialisation des établissements et apparaîtront les premières maisons destinées aux « insensés » comme on appelait alors les aliénés. Là encore, pas de notion d'enfermement. On entre à l'hôpital et on en sort de son gré. Les familles sont autorisées à visiter leurs malades.** Le processus de médicalisation induit par la spécialisation des établissements s'accompagne de la présence de médecins et le savoir universitaire gagne de l'importance dans la prise en charge du malade qui, frappé par Dieu dans sa maladie, reste un frère pour les membres de la communauté. Son état est alors perçu comme une épreuve et non comme une déchéance (DAUBECH, L. 2000. *Le malade à l'hôpital*. Ed Erès).

2. LA RENAISSANCE ET L'AGE CLASSIQUE

C'est en 1545 que le roi de France François Ier, soucieux de la situation et de la gestion des hôpitaux, ordonne une enquête visant à faire un bilan du patrimoine hospitalier. L'église se verra alors retirer la main mise sur la question de l'assistance, au profit du pouvoir royal. C'est également la représentation de la pauvreté qui va se voir profondément modifiée dans les esprits de la Renaissance. L'indigent n'est plus reconnu comme un frère devant Dieu mais comme un « parasite » susceptible de troubler l'ordre public. Ceci entraînera l'évincement des pauvres de l'hôpital, renforçant la spécialisation hospitalière et la médicalisation des soins, comme initié à la fin du Moyen Age.

A la fin du XVIe siècle se dessine de plus en plus nettement la volonté d'enfermer tout individu représentant une menace pour l'ordre social. Pour autant, le fou n'est pas systématiquement enfermé car la folie reste perçue en tant que forme d'illusion, de chimère, d'erreur, et ne nécessite l'isolement asilaire que pour ses formes les plus dangereuses. A partir du début du XVIIe siècle se succèdent les mentions d'enfermement de fous, enfermement autorisé par l'administration municipale et dont les frais d'entretien restent à la charge des familles. Ce n'est d'ailleurs qu'en dernier recours et devant un proche vécu comme particulièrement dangereux ou perturbateur que les familles se résoudront à cette dépense ainsi qu'au scandale de l'enfermement de l'un des siens. Ainsi cette Tour aux fous de Caen (Basse-Normandie) dans laquelle folles et fous sont parqués et isolés dans des conditions décrites comme barbares par les rapports de l'époque (QUETEL C., MOREL P. 1979. *Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XXe siècle*. Paris, Hachette), l'aliéné faisant parfois l'objet d'une curiosité morbide et ses divagations données en pâture, moyennant finance, à un public amateur...

La France mettra un siècle et demi (1600 à 1740) à élaborer l'organisation hospitalière qui perdurera jusqu'à la fin du XIXe siècle, excluant davantage les pauvres de la société, instaurant le « grand renfermement » (Edit de 1656) de toute personne déviante par rapport à l'ordre social : mendiants, pauvres, enfants abandonnés, prostituées, femmes adultères, émeutiers, protestants, et bien sûr les aliénés. Population hétéroclite soumise à de stricts règlements organisant les restrictions de leur quotidien aussi bien sur le plan spatial, temporel, occupationnel que spirituel. Abritait donc une main d'œuvre quasi-gratuite et corvéable à merci, vivant dans la promiscuité de locaux surpeuplés, l'hôpital questionne les valeurs d'assistance et on assiste au glissement de la charité (valeur théologique) à la bienfaisance (valeur humaniste). Les soins médicaux, en progression malgré tout, sont essentiellement assurés par le personnel religieux et il se développe peu à peu une médicalisation en parallèle à des notions comme l'hygiène, une alimentation raisonnée, une séparation des patients en fonction de leurs affections et enfin un enseignement de la médecine à l'hôpital. L'hôpital est ici lieu d'hospitalité, un lieu d'accueil possible pour toute personne sans hébergement, un hôpital asile, fonctionnant avec les moyens du bord mais ouvert à tous

L'enfermement stricto sensu dans des institutions spécialisées des personnes souffrant de maladies mentales, s'originerait donc en France au 17^{ème} siècle, avec la notion de prise en charge hospitalière des insensés, la fondation de l'Hôpital Général à Paris en 1656, dans la mouvance de l'Edit de 1656, dit du Grand Renfermement. La mesure sera étendue en 1662 par Edit Royal aux villes du royaume de France. Ces nouvelles institutions procèdent d'une réorganisation totale des établissements hospitaliers et d'assistance et sont essentiellement fondées sur le travail forcé et l'enfermement et font l'économie

d'une prise en charge thérapeutique des insensés. Cette modalité de mise à l'écart et de claustration des personnes réputées insensées semble avoir donné lieu, en France comme dans d'autres pays européens, à de nombreux dérapages en tant que les « maisons de fous » ont malheureusement trop souvent été lieux d'enfermement d'épouses devenues trop encombrantes (DEFOE, D. 1728. *Demand for Public Control of Madhouses*), d'excentriques que l'on souhaitait mettre à distance, de vieillards que leurs héritiers entreprenaient de spolier en les faisant passer pour fous,...

Bicêtre à Paris va ainsi devenir un des lieux de l'organisation carcérale, regroupant les fous mais aussi les prostituées, correctionnaires, personnes atteintes de maladies vénériennes, galeux, délinquants. Les aliénés réputés incurables n'y bénéficient d'aucun traitement ni de procédé destiné à les rétablir dans leur conscience. A peine y fait-on les premières ébauches de catégorisation par quartiers, voire par établissement. Ainsi la Salpêtrière accueillera plutôt les femmes, dans les mêmes conditions de dénuement que leurs homologues masculins. Cachots insalubres, nourriture insuffisante et d'abominable qualité, présence systématique d'insectes parasites et de rongeurs occasionnant de sévères blessures, et enfin soumission au comportement de gardiens, - censés être des infirmiers -, et souvent recrutés en prison. Le fou est hors la loi, hors citoyenneté, perçu comme un rebut au même titre que d'autres catégories sociales, conformément à l'image d'une société qui se veut épurée et n'assume pas une partie de son peuple qu'elle rejette. Et si quelques esprits s'émeuvent de cet état de faits, la situation perdurera jusqu'au geste symbolique de Pinel en 1792.

Au XVIIIe siècle, concernant le patient extrait de sa famille et enfermé, l'hôpital est encore considéré comme le lieu où se concrétise et se révèle la maladie mentale, dans sa vérité aux yeux des soignants, permettant ainsi son observation, son développement, à visée de « purification ». Ainsi et jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la « guérison » du malade mental est censée devoir beaucoup à la discipline asilaire assurée par un personnel religieux, plus qu'aux soins spécifiquement médicaux de la maladie mentale. Le soin est alors essentiellement pensé comme spirituel. Il va en être autrement dès le début du siècle suivant. **Le développement multidirectionnel (anatomo-pathologie, étiologie, nosographie,...) de la psychiatrie va rapidement faire la part belle au pouvoir médical qui prendra la direction de l'organisation asilaire. Son fonctionnement sera de plus en plus axé sur la personne – voire la personnalité - du médecin. Corrélativement, la folie perd de son caractère d'erreur, de jugement perturbé, pour être de plus en plus perçue comme un trouble de la volonté, de l'agir, d'éprouver des passions, une manifestation de la force qui se déchaîne, justifiant en cela une nouvelle pratique de l'enfermement...**

3. DE 1789 A LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Durant cette période c'est la notion d'assistance, en tant qu'obligation sociale de la nation, qui va prévaloir faisant suite aux notions de charité et de bienfaisance. L'hôpital va voir se modifier son statut juridique en établissement communal et s'esquisser la notion de service public. Il n'en était que temps, attendu les conditions d'enfermement en établissement hospitalier. Esquirol s'en émeut au début du XIXe siècle et adressera au Ministère de l'Intérieur un mémoire relatant l'enfermement et le traitement ignominieux des

aliénés dans les établissements qui leur sont consacrés, stipulant que « ...ces infortunés sont plus maltraités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux... » (ESQUIROL, *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur en sept. 1818. Paris, 1819). **La spécialisation des établissements hospitaliers s'accompagne d'adaptations spécifiques, notamment concernant les hôpitaux psychiatriques : la loi de 1838 recommande un de ces établissements par département. Pour autant, cette évolution s'accompagne d'une majoration de la rigueur organisationnelle au sein des établissements psychiatriques, qui n'est pas sans évoquer le monde carcéral (abandon des effets personnels pour l'uniforme de l'institution ; sévérité de la discipline ; interdiction de fumer ; interdiction de jouer ; restriction importante des droits de visite ; et enfin sanctions aux contrevenants). Soit une régression du statut humain et juridique du patient en institution asilaire, et ce jusqu'à la réforme hospitalière de 1941. En attendant, les patients restent soumis à un enfermement assorti de mesures de contraintes corporelles dont le caractère punitif le dispute à l'intérêt thérapeutique de la contention.** Néanmoins, peu à peu les chaînes cèderont devant la camisole en tissu rigide ; les abus de l'usage du fauteuil de force seront dénoncés par les Inspecteurs généraux. Perdureront cependant durant un certain temps d'improbables moyens de contention dont le moins que l'on puisse dire est que leur caractère éthique ne manque pas de nous questionner (cage en osier avec couvercle, immobilisant le patient qui y est étendu ; armoire-horloge ; sac de toile cirée ; cordes perpendiculaires de contention maintenant l'aliéné debout ; roue mobile dans laquelle le fou est enfermé ; douches dites de répression ; masque de fer ; masque de cuir ;...)

En attendant la réforme de 1838, l'enfermement des aliénés, en France comme dans d'autres pays d'Europe, restait au XIXe siècle accompagné de l'emploi de la coercition et de la manipulation afin de contraindre les patients (PINEL, Ph. 1801. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, Richard, Caille et Ravier). Les tactiques de manipulation, découlant de l'idéologie du traitement moral de la maladie mentale en ce début de XIXe siècle, visaient à rétablir une sorte d'orthopédie mentale du patient et ainsi induire sa guérison. Ce concept faisait suite à la mutation théorique de la fin du XVIIIe siècle, ouvrant sur une possibilité de curabilité du fou qui passerait par la communication avec lui. **L'asile va donc passer du statut de lieu d'enfermement des insensés incurables au statut de lieu de curabilité des aliénés** (QUETEL, MOREL, *ibid*). Pinel (1745-1826) préconisera l'établissement d'espaces de soins (tout d'abord à Bicêtre puis à la Salpêtrière) dans lesquels les comportements assimilés à la folie pourront se déployer à visée d'observation, avec pour finalité de les maîtriser rationnellement, sous autorité médicale et surveillance rigoureuse. **Esquirol (1772-1840) insistera sur la pratique de l'isolement pour aider le patient à minorer l'excès de stimulations sociales désordonnant ses pensées, ou encore pour l'éloigner de ses préoccupations. Ainsi justifiera-t-il l'enfermement par la sécurisation du patient et de sa famille ; par la mise à l'écart des influences externes ; par la nécessité de vaincre les résistances personnelles ; et enfin pour imposer d'autres comportements intellectuels et moraux, le tout dans le cadre d'un régime médical.** La prise en compte de la part de vérité dans le délire du patient s'efface alors devant l'émergence d'une pratique quasi disciplinaire de la psychiatrie (FOUCAULT, M. 2003. *Le pouvoir psychiatrique*. Gallimard Seuil). De plus, le médecin devra bientôt pondérer ses ambitions thérapeutiques pour contribuer au rôle de défenseur de l'ordre social que l'administration attend de l'institution psychiatrique. **Néanmoins les conditions d'enfermement gagneront peu à peu en rationalité des aménagements spatiaux et architecturaux (plans rayonnant, pavillons symétriques, préaux, quartiers spécifiques,...) en progrès d'hygiène et d'alimentation... mais également en moyens de sûreté pour la sécurité de la communauté extérieure.**

Esquirol participera à ce titre à l'établissement de la loi du 30 juin 1838 prévoyant un établissement d'aliénés par département et régissant les conditions d'internement forcé, à visée de protection et de traitement du patient...et de préservation de l'ordre social (HOCHMANN, J. 2004. *L'histoire de la psychiatrie*. Paris, PUF). Il est notable que cette loi a contribué à stigmatiser les médecins aliénistes, accusés de laisser en liberté des personnes dangereuses, de disculper des criminels et éventuellement de contribuer à des internements arbitraires. **Cette loi organise l'internement, c'est-à-dire la prise du corps du patient et non plus la dépossession de ses droits civils et/ou familiaux qui soumettait le patient aliéné à l'interdit suite au conseil de famille et à un régime de curatelle. Dès lors ce sont toujours l'autorité préfectorale et l'autorité médicale qui décideront en dernier ressort de l'internement, que celui-ci soit ou non requis par la famille.** « *Le fou émerge maintenant comme adversaire social, comme danger pour la société et non plus comme l'individu qui peut mettre en péril les droits, les richesses, les privilèges d'une famille. C'est l'ennemi social qui est désigné par le mécanisme de cette loi de 1838; et, du coup, on peut dire que la famille se trouve dépossédée* » (FOUCAULT, M. 2008, *ibid.* p 98). Jusqu'au XXème siècle se développera ainsi l'idée que le milieu familial est incompatible avec la pratique thérapeutique. (Concept dont on trouve encore actuellement des traces dans la prise en charge hospitalière des personnes souffrant d'anorexie mentale.) Deux principes présideraient à cette idée : tout d'abord permettre à l'aliéné, en l'extrayant de sa famille, de ne pas penser à sa folie, que celle-ci soit évacuée de son discours, puis la vision de la famille comme terreau de l'aliénation, déclanchant et alimentant la folie. Esquirol posera enfin que l'aliéné, ne comprenant pas ses sensations, ses changements, et ignorant tant les mécanismes de la folie que sa propre pathologie, en chercherait l'origine au sein de son entourage proche, de sa famille donc, dans des modalités persécutives qui organiseraient ainsi les interactions pathologiques entre lui-même et son entourage. Enfin, pour justifier la nécessité de rupture avec la famille, les psychiatres s'appuieront sur l'existence des rapports de pouvoir qui y président et qu'il convient de court-circuiter... au profit du pouvoir médical au sein de l'hôpital.

C'est en ce début du XIXème siècle que se développent les théories relatives à l'organisation pratique des modalités disciplinaires dans les établissements de « renfermement », tel le modèle théorique du *Panopticon* de Bentham (cf. ci-dessous) qui promeut une visibilité totale et constante du corps et des agissements des individus soumis à l'enfermement. Peu à peu se dissout le concept du fou comme celui qui est victime de ses erreurs de jugement, au profit d'une prise de pouvoir politique, institutionnelle, psychiatrique, qui tend à enfermer le fou dans un rapport de force dont les prémisses sont l'enfermement et dont les modalités d'application dériveraient des dispositifs disciplinaires en œuvre dans les communautés religieuses des siècles passés.

Le processus de l'enfermement en institution psychiatrique se déclinerait alors à cette époque selon trois principes :

- le regard permanent du personnel soignant sur le patient, dont on peut jauger de la nécessité sur un continuum allant de l'observation clinique à la surveillance à but sécuritaire,
- la surveillance centrale, assurée par le médecin-chef auquel tous les personnels soignants rendent compte des faits et gestes du patient,
- l'isolement, assignant le patient à lui-même en l'éloignant de tout effet de groupe dont les stimuli seraient susceptibles d'entraîner de sa part une agitation.

Qu'est-ce que le Panopticon de Bentham ?

Jeremy Bentham (1748-1732), philosophe britannique fondateur de *l'utilitarisme moral*, pose à la fin du XVIIIe siècle ce modèle architectural comme permettant à une institution d'acquiescer un maximum de force (FOUCAULT, M. 2003, *ibid.*). Le panopticon est un bâtiment en forme d'anneau dans lequel se trouvent des chambres, ou bien des cellules, dont les parties donnant sur l'intérieur de l'anneau sont vitrées et dont les murs donnant sur l'extérieur disposent d'une fenêtre. Une galerie située sur le pourtour interne de l'anneau dessert l'accès à ces espaces individuels. L'espace vide au milieu de l'anneau comporte une sorte de tour de laquelle on peut voir tout ce qui se passe dans chaque cellule. Chaque cellule accueille un seul individu. Dans le dispositif de surveillance central, le surveillant n'est pas visible des personnes enfermées. Ainsi les surveillés, qui sont perpétuellement dans un état de visibilité totale, n'ont aucun moyen de savoir s'ils sont surveillés ou pas à un moment précis. Ils sont donc, par ce procédé, tenus de se comporter de la façon requise par le type d'institution ayant réalisé leur enfermement. Ceci visant à « normaliser » leur comportement par la simple auto-gestion de chacun de leurs actes, par l'intégration, la corporéisation même de la discipline requise. La présence ou pas d'un surveillant dans la structure centrale devient alors tout à fait secondaire...

A partir des années 1870, on assiste peu à peu à l'abandon du traitement moral par les médecins, correspondant au désir d'inscrire la psychiatrie dans la dimension des sciences de la nature, hors des conceptions romantiques et religieuses des troubles dits mentaux, ce qui tend à entraîner une dégradation des conditions de vie des internés et une dérive du lieu d'accueil initial en un lieu carcéral surencombré et destiné à l'enfermement de patients chroniques pointés incurables. Ici prend fin la prise en compte thérapeutique de la subjectivité de l'aliéné. Pour autant, vers les années 1850-1860, le patient enfermé s'est vu considéré par certains courants théoriques comme un enfant à rééduquer, bénéficiant des bienfaits thérapeutiques à être placé dans un milieu comparable à une structure familiale. Ainsi, les maisons de santé bourgeoises, payantes, ont-elles pour visée de rendre à sa famille un malade mental (ou désigné en tant que tel par sa famille) plus apte à fonctionner de façon adaptée au sein de la dite famille. Mais pour l'essentiel des aliénés enfermés, la réalité est autre : absence de liberté d'aller et venir au sein des établissements - tant pour les patients que pour les personnels d'ailleurs - où l'accès aux différents espaces est très règlementé : territoire du patient diminuant à mesure que croît son degré d'aliénation ; forte incitation aux activités ancillaires destinées à un fonctionnement économiquement rationnel de l'institution ; manœuvres coercitives pour ceux qui souhaiteraient s'y soustraire ; soumission à l'arbitraire d'un personnel souvent fruste, sans qualification et sans instruction ; ... **En cette fin de XIXe siècle se dégage le constat que l'institution asilaire, qui devait être le fer de lance du traitement thérapeutique de la maladie mentale, s'est en fait renfermée sur elle-même et est devenue par une sorte de perversion de sa logique interne une machine à fabriquer des chroniques, des incurables.**

Le début du XXème siècle voit se développer l'idée que l'enfermement du patient, outre la volonté de rupture thérapeutique de celui-ci avec son cadre familial et la protection de ce cadre et du patient lui-même, va provoquer chez lui un besoin de liberté qu'il ignorait jusqu'alors et sur lequel est censée se développer la cure (FOUCAULT M., 2003, *ibid.*).

Ainsi, selon cette approche, le patient souhaiterait mettre fin à cette artificielle carence de liberté, et se verrait donc contraint de réintégrer les multiples dimensions de la réalité à laquelle il tentait d'échapper du fait de sa pathologie.

Notons qu'à cette même époque se constitue également, outre la ségrégation asilaire du patient, une notion d'enfermement dans une nosographie découlant d'un diagnostic faisant l'économie de la mise en cause du milieu du patient, et proclamant l'incurabilité de certaines affections (KRAEPELIN, E. 1907. *Introduction à la psychiatrie clinique*, Paris, Vigot).

C'est à partir de 1900 que l'asile va peu à peu ouvrir ses portes, avec la constitution de services accueillant des patients ne relevant pas des conditions de placement prescrites par la loi de 1838. Suivront d'autres expériences : placement d'aliénés en foyers nourriciers dans les campagnes (Vosges, Rhône,...) ; création de « colonies agricoles » en province dans lesquelles chaque aliéné se voit affecté à une tâche censée être en adéquation avec sa pathologie. Enfin, citons l'expérience (limitée...) de l'accueil de patients dans la propre habitation du directeur de l'établissement psychiatrique, selon le concept de thérapie par une vie de famille contenante et bienveillante.

La première moitié du XXème siècle tend à accompagner l'enfermement par les traitements de choc (bains glacés, électrochocs, induction de comas insuliniques répétés en traitement de la schizophrénie,...) ; la psychochirurgie et les dérives eugénistes visant à enfermer le malade mental dans le célibat, puis dans la dissuasion d'engendrer et enfin l'éventualité de la stérilisation. Ces idéologies pointant le patient aliéné comme porteur de dispositions pathologiques héréditaires connurent malheureusement le succès que l'on sait dans l'Allemagne nazie des années 30 jusqu'à ouvrir en grand les portes de l'euthanasie des malades mentaux. Même si de nombreux médecins, tels Bleuler (1857-1939), ont soutenu l'idée de la stérilisation à grande échelle du malade souffrant de schizophrénie, il reste que certains praticiens ont témoigné de plus d'humanisme, d'une autre éthique. Ainsi fut-il, envisagé de privilégier les consultations externes et le maintien du patient dans son milieu naturel, familial, lorsque cela était possible, afin d'éviter le risque de chronicisation entraîné par l'hospitalisation de longue durée. Là était travaillé un accueil émotionnellement apaisant qui, avec la collaboration de la famille, contribuait à minorer les angoisses du patient. Le même Bleuler défendait d'ailleurs également ces modalités de traitement de la maladie mentale (HOCHMANN J. *ibid*).

4. APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE : LA PERIODE ACTUELLE

C'est au sortir de la dernière guerre mondiale que se déploieront de profondes modifications dans l'appréciation des modalités d'accueil du patient souffrant d'une pathologie mentale. Un groupe de psychiatres en entreprit la réforme en dénonçant comment l'institution asilaire conçue pour accueillir et soigner les malades était devenue une institution enfermant soignés et soignants dans un espace et des modalités folles et déshumanisées, génératrices d'une institution à risque de totalitarisme (GOFFMAN, E. 1968. *Asiles*. Paris, Ed de Minuit).

L'asile vit donc s'abattre ses murs, combler ses fossés, ouvrir ses grilles. Des chambres confortables remplacèrent les dortoirs et permirent enfin au patient la jouissance d'un

espace intime, d'un vestiaire personnel, du secret de sa correspondance. Les réunions d'équipes libèrent les infirmiers de leur position de gardiens, les réunions de pavillon libèrent la parole des patients enfin considérés comme des personnes en capacité de s'exprimer sur leur quotidien en hospitalisation. Au-delà de cette politique d'humanisation de l'institution, c'est enfin l'identité de Sujet du patient qui est libérée et reconnue, faisant de celui-ci un partenaire à part entière dans l'organisation multifonctionnelle de la thérapie institutionnelle, à mesure que se développent les échanges transversaux entre les groupes et les individus au sein de l'hôpital psychiatrique. Les murs de l'institution s'ouvriront également aux familles des patients, désormais partenaires actives du projet de soins.

C'est à cette même époque, après la seconde guerre mondiale, que se répand l'usage des psychotropes, dont la découverte est souvent le fruit du hasard, et dont l'administration va notablement modifier l'atmosphère des asiles en apaisant les agitations, les angoisses et la souffrance, en faisant céder hallucinations et délires. La chlorpromazine, premier antipsychotique, sera utilisée en psychiatrie dès 1952. Sédatrice, calmante, cette molécule ouvrira la voie des chimiothérapies dans le traitement des maladies mentales, et ouvrira aux patients enfermés les portes de l'institution pour leur permettre une réintégration progressive de l'espace urbain et social. Ainsi, les appareillages de contention se verront de plus en plus relégués à des circonstances très spécifiques comme les intolérances médicamenteuses aux psychotropes. La durée des hospitalisations se trouvera minorée, ainsi que leur caractère coercitif, au profit de la multiplication des placements libres et des suivis ambulatoires. Pour autant, ces nouvelles molécules ne seront pas sans poser de cruciaux questionnements éthiques à leurs prescripteurs d'alors, d'une part quant à leurs effets secondaires éminemment regrettables et d'autre part concernant la transformation de l'aliéné, certes furieux et sthénique, en un être hébété et avachi.

L'enfermement intérieur

Les techniques de psychothérapie connaissent l'essor de la psychanalyse comme paradigme incontournable de la formation des psychiatres et explication dominante des troubles mentaux. Jacques Lacan posera le fonctionnement psychotique comme incapacité à accéder à la dimension symbolique, générant un enfermement du Sujet dans un univers interne cette fois, imaginaire et chaotique, dans lequel le mot est traité comme la chose.

C'est encore d'enfermement dont il est question concernant les thérapies systémiques, l'enfermement du « patient désigné », porteur de symptôme, prisonnier des règles implicites d'une famille maintenant un système de communication pathologique entre ses membres. Dans ce cadre théorique, le comportement schizophrénique du patient est alors considéré comme une issue, une échappatoire.

C'est dans la seconde moitié du XXème siècle que se met en place la psychiatrie de secteur, en parallèle avec le développement de structures assurant des consultations ambulatoires, permettant de se substituer aux soins résidentiels en hôpital psychiatrique, ou de les prolonger.

Dans le même temps, le développement des multiples professions : psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, au sein de l'hôpital et en lien avec les divers réseaux institutionnels, permettait à la psychiatrie de sortir des murs et de s'intégrer à la communauté, de devenir de plus en plus sociale (HOCHMANN J. *ibid*). Peut-être faut-il percevoir dans ce profond aménagement des modalités de prise en charge le résultat des ondes de choc de ce pavé dans la mare qu'a été en 1961 l'ouvrage de Michel Foucault, *Histoire de la Folie*. Sous ce titre l'auteur dénonçait en effet la psychiatrie de l'époque comme héritière du « grand enfermement » de l'âge classique, visant avant tout à tenir à l'écart et à enfermer tout individu s'écartant des normes de la raison commune, à évincer celui-ci de la société, et donc à rassurer « les gens de bon sens ».

C'est enfin au début des années 1970 que naîtra le courant de l'antipsychiatrie, remettant en question le pouvoir médical et le savoir qui y était associé, promulguant d'autres modalités d'accueil du malade mental et dénonçant des enfermements désormais vécus comme arbitraires. Ce sont les personnels soignants et notamment infirmiers qui assureront la promotion de ce nouveau courant idéologique qui refuse la mise à l'écart de la subjectivité du patient dans le processus de soins et rend la parole à ce dernier en le faisant partenaire à part entière du projet thérapeutique. Ainsi R.D. Laing, psychiatre et un des pères de l'antipsychiatrie, pose dans *La politique de l'expérience*, en 1969, « Au lieu d'hôpitaux psychiatriques, qui sont des sortes d'usines de réparation, nous aurions besoin d'endroits où les gens qui ont voyagé plus loin que les psychiatres et les êtres réputés sains d'esprit, auraient la possibilité d'aller plus loin encore dans l'espace et le temps intérieurs, et d'en revenir ». Nous ne saurions quitter le chapitre de l'antipsychiatrie sans développer *Asiles*, le célèbre ouvrage de E. GOFFMAN (*ibid*, 1968) dans lequel l'hôpital psychiatrique est considéré en tant qu'institution « totalitaire » assurant la coupure du patient avec le monde extérieur par le biais d'obstacles matériels (murs élevés, portes verrouillées,...), où tous les besoins du patient sont censés être pris en charge par l'institution dans un contexte de promiscuité, sous la férule des règles et de la surveillance d'un fonctionnement bureaucratique, et où les contacts soignants/soignés sont limités, stigmatisant ainsi chacun de ces deux groupes aux yeux de l'autre. Le tout contribuant à la destruction de l'identité du patient de par la perte de tout ce qui fait la valeur du moi pour chaque individu, à travers la perte de liberté, la perte d'autonomie, l'isolement d'avec le monde extérieur, la promiscuité, la dépersonnalisation, la perte des « territoires du moi » (à savoir informations personnelles, intimité, distance entre soi et l'autre, préservation de l'intégrité corporelle,...). L'antipsychiatrie s'inscrivait ainsi dans un courant sociétal plus large, anti-carcéral, anti-asilaire, soucieux des prérogatives de chacun, y compris celle d'être fou...

Pour clore, citons la loi du 27 juin 1990 « ...des droits et de la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et leurs conditions d'hospitalisation », dont la révision est parue au JO de juin 2000, et qui s'orientait sur un clivage entre le soignant qui faisait hospitaliser le patient, notamment sous contrainte, et celui qui décidait de sa sortie. Ainsi trois modes d'hospitalisation étaient prévus : hospitalisation libre (librement consentie) ; hospitalisation à la demande d'un tiers (sans consentement

du patient) et enfin hospitalisation d'office (sans consentement du patient susceptible de compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes).

Quant aux modalités actuelles en matière d'hospitalisation sous contrainte, et notamment selon les modifications inhérentes la loi du 5 juillet 2011, leurs détails, implications et conséquences tant pour le patient que pour le personnel soignant et judiciaire sont développées dans le corps des textes publiés par le Comité d'Ethique du CPN. Nous ne les détaillerons donc pas dans ce chapitre.

Pour autant, ces nouvelles dispositions législatives amorceraient-elles un nouveau virage concernant la perception et la représentation du malade mental, désormais susceptible d'être conduit devant un juge censé assurer le contrôle judiciaire de ses droits ? Qu'en est-il alors du sens de ce type de protocoles rapprochant le soin psychiatrique et système judiciaire dans le cadre plus général d'une politique à visées sécuritaires ?

5. L'ENFERMEMENT DES ENFANTS MALADES MENTAUX

Au cours de la rédaction du présent historique de la notion d'enfermement en psychiatrie, nous avons été sensibles à l'absence de différenciation entre patients adultes et enfants jusqu'à une époque récente. Aussi nous a-t-il paru nécessaire de privilégier ici un espace textuel consacré aux jeunes patients afin d'éviter - du moins sur un mode symbolique - de perpétuer les modalités d'un enfermement indifférencié, dans une promiscuité avec les patients adultes qui leur fut longtemps préjudiciable.

Comme nous allons le développer au cours de ce texte, la folie et la débilité mentale chez l'enfant sont intimement liées dans les représentations collectives, ce qui va fortement contribuer à organiser la notion de leur enfermement au fil des siècles.

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la notion de stupidité, d'arriération, ne se distinguait pas de la folie chez l'enfant, n'en était qu'une catégorie dans un continuum allant de la fureur (violence) à l'inertie la plus totale. L'idiotisme représentant alors la forme absolue de la folie en tant que l'individu en souffrant se voyait tout à fait incapable de sortir de ses erreurs de jugement. A peine se dégageait-t-il l'idée que l'idiotie était l'apanage de certains enfants alors que la démence n'apparaissait qu'à un certain âge. Dans les institutions hospitalières d'alors, les enfants ne sont pas distingués des adultes. La Salpêtrière par exemple, véritable cour des miracles, enferme les uns et les autres dans des conditions de promiscuité qui sont source de corruption des plus jeunes (DUCHE D-J. *Annales Médico-Psychologiques* 2000, 158, n°3). Ceux-ci sont du reste enfermés sur simple demande de leurs père, mère ou tuteur aux administrateurs de l'hôpital, soumis au travail forcé, victimes de punitions corporelles cruelles et sous le joug d'une détention durant le temps qui sera jugé convenable par l'arbitraire des directeurs de l'établissement.

M. Foucault (2003, *ibid.*) nous apprend que la notion de folie chez l'enfant, et sa théorisation, apparaissent tardivement, au regard de ce que nous venons d'explorer concernant la notion folie chez l'adulte. L'entrée en psychiatrie de l'enfant, vers le début du XIXe siècle, serait alors passée par la prise en compte de la notion de l'idiotie/arriération/imbécillité, bien distinctes de celle de la folie, et faisant un distinguo entre l'idiot qui souffrirait d'un arrêt du développement des processus intellectuels normaux et l'arriéré dont les dit processus seraient

continus mais plus lents que chez l'enfant dit normal. Ce qui ferait de l'idiot un enfant au développement anormal, bloqué, ou retardé mais pas un enfant malade. La thérapie en serait alors une pédagogie adaptée dans des établissements spécialisés. Ce qui inaugure l'intérêt de médecins et de professionnels passionnés qui, durant tout le XIXe siècle, vont consacrer leur art à la prise en charge de ces enfants : Jean-Marc Gaspard Itard qui entreprit d'éduquer l'enfant sauvage Victor de l'Aveyron ; Jean Esquirol ; Jacques-Etienne Belhomme ; Félix-Auguste Voisin qui fonde un institut d'orthophrénie ; Désiré Magloire Bourneville qui luttera contre la prétendue incurabilité des enfants idiots et leur enfermement, et formalisera des procédés éducatif visant à les humaniser ; Paul Moreau qui publie sans doute le premier traité de psychiatrie infantile : *La folie chez les enfants* ; pour ne citer que ceux-là (DUCHE, 2000, *ibid*).

Quant aux premières mentions d'enfants fous et psychiatisés en tant que tels, elles semblent émerger dans le cadre de consultations privées auprès de psychiatres célèbres, tel Charcot, au cours du dernier quart du XIXe siècle, mais leur nombre reste faible comparé aux cohortes d'enfants catégorisés « imbéciles » qui quittaient déjà depuis plusieurs décennies les institutions pour sourds-muets qui les accueillait jusqu'alors, pour occuper l'espace asilaire des maisons d'internement. Dans ces institutions sont alors organisés et aménagés des quartiers spécialisés leur étant destinés (à la Salpêtrière en 1831-1841, à Bicêtre en 1833, à Villejuif...) puis des établissements leur seront ensuite exclusivement consacrés. La loi de 1838 précédemment citée dans notre texte - loi qui ne distingue pas le mineur de l'adulte - fait en 1840 l'objet d'une précision stipulant que les idiots sont également susceptibles d'internement dans les asiles d'aliénés. Ainsi, alors que la théorie en cours dans les milieux médicaux distingue aliénation et idiotie, l'administration et l'institutionnalisation les assimilent. Ce que pointe bien J.B. Parchappe de Vinay dans *Principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* (1853. Paris, Masson) : « *L'aliénation mentale comprend non seulement toutes les formes et tous les degrés de la folie proprement dite (...) mais encore l'idiotie qui dépend d'un vice congénital, et l'imbécillité qui a été produite par une maladie postérieure à la naissance. Les asiles d'aliénés doivent donc être fondés pour recevoir tous les aliénés, c'est-à-dire les fous, les idiots et les imbéciles.* »

A partir de cet enfermement dans l'institution asilaire, les enfants idiots et malades mentaux seront soumis à la psychiatisation, sans autre forme de questionnement et soumis aux mêmes processus de prise en charge. Isolés de leur famille considérée comme nocive, isolés socialement, soumis au régime d'une discipline collectiviste rigoureuse et dénuée de tendresse (DUCHE D-J. 1990. *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. Paris, PUF), ils ont un emploi du temps bien rempli, à visée de traitement médico-pédagogique et consacré aux contraintes des tâches quotidiennes qu'il s'agit de leur faire intégrer de gré ou de force, et à l'apprentissage et la pratique d'un travail (cordonnerie, vannerie,...) dont la vente permettait de contribuer à leurs frais d'hébergement. En fonction des possibilités cognitives de ces enfants, une éducation adaptée de type scolaire leur était dispensée, jusqu'à une préparation au certificat d'études pour les plus performants – ou les mieux pris en charge...

Mais toutes ces procédures médico-pédagogiques ont un coût économique. La loi de 1838 stipulait, comme nous l'avons vu, que les idiots doivent bénéficier des mêmes conditions d'internement que les aliénés. Or ce sont les collectivités locales dont les enfants idiots sont issus qui doivent assurer leurs frais d'internement, ce dont elles ne s'acquittaient pas forcément volontiers. De plus, pour ce faire, il était nécessaire qu'un médecin cautionne que l'enfant était effectivement idiot, que la famille soit dans l'incapacité économique de subvenir à son entretien et, surtout, que l'enfant soit

reconnu dangereux par la collectivité, susceptible de commettre des actes délictueux, voire criminels (délits sexuels, incendies, homicides,...). Aussi, les médecins furent-ils peu à peu « contraints » de teinter l'idiot de dangerosité, ce qui induisit un glissement dans la littérature médicale vers une représentation du débile mental comme personne dangereuse, à enfermer.

Peu à peu néanmoins se développeront au cours du XXe siècle des services spécialisés de psychiatrie infantile (création de la clinique de neuropsychiatrie infantile à Paris en 1925). Ces services s'ouvriront de plus en plus vers l'extérieur et assureront les prises en charge grâce à des thérapeutiques spécifiques à l'enfance et des méthodes de rééducation active. De même seront favorisées d'une part des structures accueillant un nombre d'enfants réduit et d'autre part la pérennité du lien avec la famille.

Pour clore ce chapitre, nous ferons mention de la loi de 1990 révisée en 2000, déjà citée, qui stipule, concernant les mineurs étant au regard de la loi considérés comme incapables, que ceux-ci ne sont donc pas concernés par le statut d'hospitalisation libre ni à la demande d'un tiers. L'hospitalisation d'office pour les mineurs est quant à elle prévue (section II chapitre III de la dite loi). Notons que la notion de chambre d'isolement n'est pas explicite concernant les mineurs au niveau de la loi de 1990, et que l'internement sous contrainte d'un mineur n'est pas sans venir se heurter aux textes internationaux sur les droits des enfants et leur protection. (LEMOINE, S. *L'isolement thérapeutique (et la contention) en milieu pédopsychiatrique*. Mémoire DES 2001-2002).

CONCLUSION

Récemment réaménagées par la loi très controversée 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), les procédures d'enfermement au sein des services de psychiatrie ne sont heureusement plus systématiques et restent soumises à des protocoles précis, sont ré-évaluables et appliquées de façon graduée, ponctuelles et explicitées au patient. Il n'en reste pas moins que dans beaucoup d'esprits, l'hôpital psychiatrique souffre encore de cette représentation de lieu d'enfermement du patient. Nous en citerons pour preuve le constat récurrent de mouvement de retrait des patients auxquels nous autres soignants, proposons une hospitalisation en service de psychiatrie : « ...je ne veux pas être enfermé chez les fous... ». Faut-il y voir le vestige traumatique de pratiques d'un autre âge ? Ou un questionnement sur la possibilité d'ouverture à d'autres modalités de prise en charge de la maladie mentale ?

Nathalie Eckert
Membre du Comité d'Ethique
Centre Psychothérapique de Nancy

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p 1
1. LE MOYEN AGE.....	p 2
2. LA RENAISSANCE ET L'AGE CLASSIQUE.....	p 3
3. DE 1789 A LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE.....	p 4
Encadré : Qu'est-ce que le panopticon de Bentham.....	p 7
4. APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE : LA PERIODE ACTUELLE.....	p 8
Encadré : L'enfermement intérieur.....	p 9
5. L'ENFERMEMENT DES ENFANTS MALADES MENTAUX.....	p 11
CONCLUSION.....	p 13