

Article original

Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation ? Regards croisés entre la France et l'Argentine : à propos des réglementations en santé mentale[☆]

*Re-institutionnalisation or de-institutionnalisation? Crossed perspectives
between France and Argentina: Regulations in mental health*

Isabel V. Fernández (Docteur en psychologie, psychologue clinicienne, chargée des cours)^{a,b}, Julieta De Battista (Docteur en psychopathologie, professeur de psychopathologie, membre de l'instituto de investigaciones en psicología, boursière postdoctorale du “Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas” (Conicet) ancien interne et ancien chef d'internes)^{c,d,*}, Laurent Bauer (Interne en psychiatrie)^e, Alejandro Dagfal (Docteur en histoire, professeur d'histoire de la psychologie, chercheur indépendant « Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas » (Conicet))^{f,g}

^a Centre hospitalier Valvert, 13G08, 78, boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille cedex 11, France

^b LPCLS, EA 3278, Aix-Marseille université (AMU), 13621 Aix-en-Provence, France

^c Université de Toulouse, 31000 Toulouse, France

^d Hospital neuropsiquiátrico Dr. A. Korn, universidad Nacional de La Plata, Calle 51 e/123 y 124, Ensenada, CP 1925 La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentine

^e 5^e choix, centre hospitalier Valvert, 13I03, 78 boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille cedex 11, France

^f Université Paris VII, 75205 cedex 13 Paris, France

^g Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentine

Reçu le 26 juin 2016

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Fernández IV, De Battista J, Bauer L, Dagfal A. Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation ? Regards croisés entre la France et l'Argentine : à propos des réglementations en santé mentale. *Evol Psychiatr* 2017;82(1): pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

* Auteur correspondant. JA Cabrera 5778, CP 1414 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentine.

Adresse e-mail : julietadebattista@gmail.com (J. De Battista).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.10.002>

0014-3855/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

Objectifs. – Si la psychiatrie ne s'est jamais définie comme garante de la loi, le rôle social et historique qui lui a été attribué n'en est pas moins de défendre la société ce qu'elle produisait de plus insupportable. Nous verrons comment l'évolution du traitement de la folie en France et son influence sur la psychiatrie argentine nous amènent aujourd'hui à des situations assez distantes, voire opposées en termes de politiques de santé mentale.

Méthode. – Nous suivrons le parcours des changements en termes de politiques de santé mentale dans les deux pays à travers les deux dernières lois en santé mentale.

Résultats. – Les nouvelles lois votées et leurs tentatives d'application visent à homogénéiser les prises en charge en psychiatrie mais surtout à veiller au respect des droits des malades ainsi qu'à la transparence liée aux informations les concernant.

Discussion. – En France, la situation semble avancer dans le sens d'une judiciarisation de la santé mentale en posant la question d'une nouvelle manière de répondre aux demandes de contrôle et de sécurité. De l'autre côté de l'Atlantique, l'Argentine, qui a toujours revendiqué son héritage européen, paraît se trouver dans la situation inverse.

Conclusion. – Les politiques en termes de santé mentale reflètent le débat contemporain du rôle des institutions psychiatrique et de la place de la folie dans le tissu social.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychiatrie ; France ; Argentine ; Histoire de la psychiatrie ; Étude comparative ; Politique de santé mentale ; Organisation des soins psychiatriques ; Hospitalisation psychiatrique ; Législation ; Soins sous contrainte

Abstract

Objective. – While psychiatry has never been defined as guaranteeing the law, its purpose socially and historically has been defined as protecting society from its most intolerable by-products. We will see how the evolution in the treatment of insanity in France and its influence on Argentinian psychiatry has brought us today to very different and even opposite situations in the area of mental health policies in these two countries.

Method. – We studied evolution and change in mental health policies in these two countries, focusing on the last two mental health laws.

Results. – The new laws and their attempted application aim to homogenise psychiatric care, and above all to comply with patients' rights and requirements of transparency in the information provided to them.

Discussion. – In France, the current situation seems to be tending towards a judiciary and legalist approach to mental health, the issue being how to respond to the new demands for control and security. Across the Atlantic, Argentina, where the European heritage has always been acknowledged, seems to be in the opposite situation.

Conclusion. – Mental health policies reflect the contemporary debate on the role of psychiatric institutions and the place of insanity in the social fabric.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Psychiatry; France; Argentina; History of psychiatry; Comparative study; Mental health policy; Legislation; Compulsory internment

1. Introduction

La construction du champ de la santé mentale est un processus complexe. Il s'agit d'une scène de débat toujours animée, vivante, traversée par des périodes de construction et de déconstruction. Sa constitution relève d'une trame hétérogène – voire hétéroclite – impliquant des facteurs sociaux, politiques, économiques et même idéologiques, tout ceci ayant des conséquences directes dans la formation des professionnels (notamment de psychologues et de médecins psychiatres) [1] et dans le devenir des patients. C'est dans ce contexte que la question de la liberté et du droit sont au centre de cette scène depuis des nombreuses années. Mais les liens entre la psychiatrie et la justice ont toujours été difficiles à spécifier tant l'asile psychiatrique a eu pour vocation d'accueillir les exclus et les déviants. Si la psychiatrie ne s'est jamais définie comme garante de la loi, le rôle social et historique qui lui a été attribué n'en a pas été moins de défendre la société de ce qu'elle produisait de plus insupportable. Soumise à l'injonction de la paix sociale, la psychiatrie est influencée par les politiques en santé mentale – qui évoluent au rythme du thermomètre social et des profondes crises institutionnelles. C'est ainsi que la réponse de chaque société aux problèmes de santé mentale est en rapport avec ses propres prérogatives. À ce titre, il est possible de citer les déclinaisons des modalités de pouvoir qui animent le discours social selon Foucault : la *société de souveraineté* suivie de la *société disciplinaire* pour arriver à ladite *société de contrôle*. L'hôpital psychiatrique, est-il passé du garant de la discipline à l'organe de contrôle social ?

Nous ne prétendons pas répondre à cette question mais donner des éléments de réflexion en s'appuyant sur les deux dernières lois de santé mentale en France et en Argentine, deux pays très lointains géographiquement mais inscrits dans une longue filiation intellectuelle [1,2]. Ce choix n'est pas arbitraire, la France est reconnue comme l'un des premiers pays à établir une loi concernant les *malades mentaux* et sa psychiatrie s'est vue fortement influencée par les événements les plus marquants de la vieille Europe. Ainsi, suite aux nombreux morts dans les asiles durant la seconde guerre mondiale, la mise en place de la circulaire du 15 mars 1960 permet l'ouverture de l'hôpital et l'apparition du *secteur*. En dehors du continent européen, l'Argentine est un des pays qui a subi la plus grande influence des idées françaises dans le traitement de la folie en le transformant dans le pays le plus francophile de l'Amérique latine [2]. Les vagues migratoires successives accompagnées des allers-retours des intellectuels et penseurs français entre Paris et Buenos Aires ont marqué la psychiatrie argentine du sceau de la mondialisation. La preuve en est la première thèse en psychiatrie en Argentine et en Amérique Latine en 1827, « Dissertation sur la manie aiguë », où Diego Alcorta commente et critique l'œuvre de Pinel sur l'aliénation mentale, à peine 11 ans après de l'indépendance du pays de la couronne espagnole. Tout comme en France, la psychiatrie argentine s'est vue aussi influencée par un climat politique en ébullition durant la seconde moitié du XIX^e siècle [3]. L'impact de la tradition psychologique française sur la constitution des discours psychologiques en Argentine a laissé ses traces sur le processus de professionnalisation des jeunes psychologues dans les années 1960 [2].

Tout en s'inspirant du modèle français et après une longue période dite « asilaire » l'Argentine se trouve aujourd'hui dans un processus de désinstitutionalisation et d'ouverture de l'hôpital. En même temps, la psychiatrie française a engagé une réforme considérable amenant la mise en question de l'hôpital ouvert ainsi qu'une intervention de plus en plus importante de la justice. À partir des dernières lois de santé mentale : en France la loi du 5 juillet 2011 (Loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) et en Argentine la loi du 2 décembre 2010 (Nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental), nous questionnerons

ces réformes à l'aune des processus d'ouverture de l'hôpital sur la cité et de ses conséquences (judiciarisation de la psychiatrie : demande croissante de contrôle et de prédictibilité).

2. Des années d'histoire

L'histoire de la psychiatrie française, depuis le modèle asilaire et la loi sur les aliénés d'Étienne Esquirol jusqu'à l'apparition du secteur et de l'hôpital ouvert, a été un long processus débutant au XIX^e siècle avec l'élaboration de cadres de réflexions de la santé mentale, périodes qui témoignent de la mise en question des paradigmes pour définir et traiter la folie [4]. Il est très difficile de citer les événements les plus marquants de ces processus sans tomber dans une historisation chronologique et simpliste qui se leurrerait d'un passé toujours indépassable. Malgré cela nous avons décidé de citer certains moments comme des *conditions de possibilité* d'un débat ouvert et pas toujours facile.

En 1852, naît la Société Médico-Psychologique, garante d'une approche pluridisciplinaire de la pathologie mentale [5]. La chaire de clinique des maladies mentales est créée en 1875, avec pour premier titulaire Benjamin Ball, élève de Charcot, lui-même hostile à la psychiatrie asilaire. Édouard Toulouse crée en 1922 le premier service ouvert de France, l'hôpital Henri-Rousselle à Saint-Anne, avec des prises en charge sans placements et un objectif de prophylaxie mentale [6]. En 1925 et 1926 apparaissent les deux premiers tomes de *l'Évolution Psychiatrique*, revue qui fait connaître les idées de Freud en France et qui se propose comme un outil de réflexion d'une clinique orienté par une psychanalyse éclectique donnant lieu à une psychiatrie dynamique [7]. C'est dans cette veine que s'inscrivent les publications des conférences de Lacan « Au-delà du principe de réalité » (1936) et « La psychiatrie anglaise et la guerre » (1947). Il est difficile de faire l'impasse des rapports très critiques et pourtant durables avec Henri Ey, rédacteur en chef de la revue pendant presque 30 ans. Ce contexte intellectuel fût nécessaire à l'émergence de la psychiatrie institutionnelle et l'ouverture de l'hôpital psychiatrique dans la période qui a suivi.

C'est dans l'après-guerre des années 1950 (après la mise en place de la sécurité sociale et l'arrivée des premiers neuroleptiques) qu'apparaissent les premières ouvertures de l'hôpital psychiatrique, où nous sommes passés d'une approche purement sécuritaire à une approche plus clinique de la psychiatrie en France. Ainsi, sous l'impulsion d'un groupe de psychiatres dits « désaliénistes » (G. Daumazon, L. Bonnafé, P. Koeklin, H. Mignot, J. Oury, F. Tosquelles, entre autres) appelés le « groupe de Sèvres » et avec l'appui de madame Mamelet du Ministère de la Santé apparaît la notion de *secteur* dans la circulaire du 15 mars 1960 [8]. La naissance de la « psychiatrie institutionnelle » a été une des conditions de la « psychiatrie de secteur ». Selon Pierre Delion, l'une donnera le cadre et l'autre son contenu [9].

Désormais, les malades seront soignés près de leur domicile, dans la cité et non pas en dehors d'elle. La clinique s'humanise et avec elle la place du patient et des soignants change à son tour. Il ne s'agit pas ici d'un simple changement administratif, en effet, dès sa création, le *secteur* a toujours été défini comme une politique. C'est en dénonçant le déclin de la psychiatrie et en revendiquant un traitement plus humain qu'apparaît la psychiatrie institutionnelle, en se proposant de penser l'aliénation psychopathologique sans oublier l'aliénation sociale [9,10].

Le paysage psychiatrique subit pendant ces années une grande transformation voyant ses portes s'ouvrir. Des questions liées à l'hébergement et le devenir des malades en dehors de l'asile commencent à se poser.

En Argentine, après une longue période asilaire ponctuée de quelques projets isolés en termes d'ouverture de l'hôpital sur la ville et de ladite « psychiatrie communautaire », la fin des années 1950 a été marquée par une série d'avancées très importantes [11]. Nous pourrions citer

notamment la création de six cursus de psychologie entre 1955 et 1959 : les deux premiers à l'*Universidad del Litoral* (Rosario) et à l'*Universidad de Buenos Aires*. À la même époque apparaît l'*Instituto Nacional de Salud Mental* (INSM). Organisme créé dans le cadre des politiques de santé mentale promues par l'OMS et sous l'influence des expériences de la « psychiatrie communautaire » aux États-Unis et du « secteur » français, il avait pour objectif de redonner une place au sein du Service Public à la prévention, au traitement et à la recherche en psychopathologie [12]. Trois psychiatres psychanalystes ayant été formés à différentes périodes en France ont été à la tête de cette réforme : Mauricio Goldenberg (pionnier du premier service ouvert de psychiatrie dans un hôpital général avec des consultations externes et des hôpitaux de jour à l'Hôpital de Lanús à Buenos Aires en 1956), Raul Usandivaras (représentant du courant groupaliste initié par Pichon-Rivière à Buenos Aires) et Jorge Garcia Badaracco (après un séjour de sept ans à Paris où il travaille à Saint-Anne et intègre la Société Psychanalytique de Paris, il tente une expérience de psychiatrie communautaire et ouverte à l'Hôpital José-Borda). Inquiets quant à la formation exclusivement asilaire des psychiatres argentins, à partir de l'INSM, ils décident d'apporter un changement en ouvrant un nouvel internat en psychiatrie à l'Hôpital José-Borda orienté vers une psychiatrie dite « dynamique » avec des cours magistraux et des supervisions. L'idée arrive à se propager à l'Hôpital de Lanús et à l'Hôpital de Niños de Buenos Aires. À l'époque, l'Hôpital de Lanús devient le paradigme du travail interdisciplinaire et accueille les jeunes psychologues en formation. Le profil professionnel des psychologues sera marqué de plus en plus par une « cliniciation de la psychologie » [1,2], en affirmant le rôle professionnel du psychologue dans une approche clinique.

Plusieurs projets dits « avant-gardistes » voient le jour les dix années suivantes en parallèle de l'existence des asiles, difficiles à reformer. Les tentatives pluridisciplinaires de décentralisation deviennent très vite des antennes périphériques de l'hôpital psychiatrique. Mais malgré le manque de moyens financiers et la méfiance du pouvoir médical, certaines « communautés thérapeutiques » (des services ouverts) apparaissent en province – à Buenos Aires et à Entre Rios, par exemple. Afin de contrer la marginalisation et l'oubli des patients dans des services dits « classiques », cette nouvelle réforme essaie d'ouvrir des services de psychiatrie à l'Hôpital Général afin de récupérer cette spécialité de la médecine de la « ségrégation asilaire » [13]. Dans la suite de cette réforme anti-asilaire en 1959, la Fédération Argentine de Psychiatrie (FAP) est créée. Mais même ce groupe de psychiatres dits « réformistes » avait ses limites et parfois se montrait réticent au travail pluridisciplinaire [14]. Néanmoins, cette situation changera peu à peu avec l'intégration de psychiatres plus progressistes. Emiliano Galende définit cette organisation comme « le premier mouvement scientifique-syndical massif qui fait face politiquement à la réforme de la santé mentale » ([15] p. 175, [14]). C'est en partie l'accueil réservé à la psychologie et à la psychiatrie française qui a permis « l'élaboration d'un projet humaniste, issu des sciences sociales et de la philosophie, ainsi qu'une relecture singulière de la psychanalyse (d'abord kleinienne, puis lacanienne) par des personnalités telles que Enrique Pichon-Rivière, José Bleger et Oscar Masotta » [2,16].

À cette époque-là, en France, les changements au niveau de la prise en charge des patients se font sentir dans la formation des soignants. Au lendemain des événements de mai 1968 et avec la réforme de l'Université, la psychiatrie devient une spécialité médicale au même titre que les autres spécialités cliniques et est notamment séparée de la neurologie.

Malgré un contexte de plus en plus difficile en matière de financement, ce premier effort vers une psychiatrie de proximité (avec la circulaire du 15 mars 1960) est confirmé, seulement 25 ans plus tard, par la Loi du 25 juillet 1985 (Art. L 326) qui donne un statut juridique et un cadre légal à la « psychiatrie du secteur ».

L'hospitalisation à temps plein devient un moment dans la prise en charge et non pas la seule et unique réponse devant la maladie mentale. La prise en charge « hors les murs » de l'hôpital est désormais assurée par les structures extrahospitalières comprenant des équipes pluridisciplinaires : les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et les Hôpitaux de Jour. Des structures qui gardent encore actuellement une importance majeure et qui fonctionnent comme pivot du secteur à l'extérieur de l'hôpital. En France, dans la première moitié des années 2000, on compte en moyenne 2,6 CMP pour adultes par secteur. Avec 82 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (plus 26 services médico-psychologiques régionaux [SMPR]), la taille moyenne des secteurs en psychiatrie étant de 73 000 habitants [17]. Paradoxalement, ces bouleversements institutionnels sont accompagnés de grandes restrictions économiques.

Ce bref aperçu de la complexité du champ de la santé mentale nous permet de cerner des points en commun entre les deux pays. Notamment dans la mise en place d'une politique de désinstitutionnalisation fondée dans une approche pluridisciplinaire – et non pas exclusivement médicale. Mais les moyens mis à disposition ne suivent pas le rythme des changements et les années 1990 marquent, à ce titre, une rupture qui met en avant des divergences de plus en plus importantes entre les deux pays.

3. Les années 1990, la période de recul ?

En France, la circulaire du 14 mars 1990 rappelle les objectifs de la politique du secteur [18]. La même année une nouvelle loi accentuant le droit et la protection des patients hospitalisés rappelle un nouveau changement d'appellation (non dénuée d'importance !) : le malade devient « l'usager » et son « droit à l'information » devient une priorité. « Mais le paradoxe de ces avancées législatives est qu'elles ont, dans les faits, inauguré une période de recul des pratiques de secteur qui s'étaient développées à partir de 1972. Elles ont en effet renforcé la dépendance par rapport à la politique hospitalière [...] » ([19], p. 50).

En Argentine, à partir de 1976, toutes les initiatives concernant le passage d'une psychiatrie asilaire à une psychiatrie communautaire et sociale ont complètement avorté face à la dernière dictature militaire. Outre les dégâts en termes de prise en charge des patients et des hospitalisations abusives, force est de rajouter la « disparition forcée » de plus d'une centaine de professionnels et d'étudiants appartenant au domaine de la santé mentale. La possibilité même de penser de façon autonome est devenue un danger menaçant pour le gouvernement *de facto*, surtout dans les pratiques liées au social, comme les thérapies groupales ou les dispositifs communautaires ou interdisciplinaires, qui, à leur tour, sont devenues suspectes. Bien que certaines de ces activités aient repris, parfois de zéro, avec le retour de la démocratie, les crises économiques ainsi que les privatisations successives des structures d'accueil et de prise en charge des patients n'ont pas contribué à faciliter les alternatives à l'hospitalisation.

Dans l'Argentine des années 1990, seulement 8 (sur 23) provinces ont approuvé des législations à propos de la Santé Mentale (afin d'encourager les hospitalisations libres, les services ouverts et la resocialisation des patients hospitalisés) valables uniquement dans leur territoire, et sans aboutir à une Loi Nationale. Il s'agissait de lois progressistes mais difficilement applicables. Par exemple, la réglementation de la loi 448 de la ville de Buenos Aires a pris quatre ans de débats et de résistances de la part des représentants de ce que Menéndez a appelé le « modèle médical hégémonique » [20], c'est-à-dire le modèle proposé, entre autres acteurs, par l'industrie pharmaceutique et certains secteurs de la psychiatrie. Les premières tentatives de décentralisation ont donc entraîné de fortes résistances.

À cette époque, la psychiatrie argentine s'est vue fortement interpellée par les accords internationaux et latino-américains sur la santé publique. En 1990, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) a publié la « Déclaration de Caracas pour la Restructuration de l'Accueil Psychiatrique dans les Systèmes Locaux de Santé ». Le travail du médecin argentin Mauricio Goldenberg a fortement marqué cette convention internationale, en promouvant une psychiatrie « ouverte et sociale ». Cette déclaration a marqué un tournant dans l'histoire de la psychiatrie en Amérique Latine. Plusieurs points sensibles sont mis en lumière : les malades hospitalisés sont isolés et souvent mal accueillis – dans le non-respect parfois des droits fondamentaux –, l'activité et les moyens financiers se concentrent à l'hôpital, il n'y a pas de structures extrahospitalières, il y a un déficit en termes de prévention et formation à la santé mentale. En quelques mots, l'état de l'hôpital rend le patient malade et socialement handicapé. Cette déclaration ne prônait pas nécessairement une fermeture définitive des hôpitaux psychiatriques, mais leur remplacement comme « centre hégémonique » et unique alternative de prise en charge. C'est-à-dire, elle prônait plutôt leur intégration dans un système de santé mentale plus large afin de ne pas contribuer à l'isolement et à la marginalisation des malades.

À partir de ce constat, l'OMS et l'OPS ont proposé, en 1991, une stratégie fondée sur l'accueil primaire en santé mentale avec l'objectif de conquérir une « santé pour tous » dans les années 2000. Cette stratégie devait se fonder sur un accueil décentralisé, préventif et participatif dans les systèmes locaux de santé (SILOS) en impliquant une forte critique du rôle hégémonique et centralisateur de l'assistance dans l'hôpital psychiatrique. L'effort dans l'amélioration de l'accueil des patients revendiquait le respect des droits des malades mentaux. Ces droits ne pouvaient pas être limités, sauf pour éviter un danger imminent pour la santé de la personne, pour sa sécurité ou celle d'un tiers. L'accueil ne se réduisait pas à l'approche médicale-psychiatrique mais incluait désormais d'autres professionnels de la santé (psychologues cliniciens, infirmiers, assistants sociaux, etc.). Le travail pluridisciplinaire devenait la règle et les procédés restrictifs étaient fortement déconseillés.

4. Les dix dernières années : judiciarisation ou déjudiciarisation ?

4.1. Judiciarisation et demande de contrôle

En France, la loi du 11 juillet 2011, qui comporte un virage vers la judiciarisation des soins en psychiatrie [21], émane de réflexions sur la loi de 1990, qui, à son tour, avait réformé la loi de 1838 sur les aliénés en introduisant la notion d'hospitalisation libre et sans consentement. Avec la loi du 11 juillet 2011, la notion de « soins » libres ou sous contrainte a remplacé celle « d'hospitalisation » et les modalités de prise en charge se sont diversifiées, notamment avec la notion de péril imminent, qui ne nécessite pas l'aval d'un tiers et permet l'admission, « à titre exceptionnel », sur la base d'un seul certificat. Initialement, cette procédure a été mise en place pour les personnes particulièrement isolées afin de favoriser leur accès aux soins [22].

Par ailleurs, une des nouveautés de cette loi est la possibilité de mettre en place des mesures de contraintes ambulatoires, hors de l'hôpital, sous la forme de programme de soins, après une période d'observation de 72 h à l'hôpital. L'hospitalisation n'est donc plus la forme exclusive de prise en charge sous contrainte. En cas de manquement du patient au programme de soins, une réhospitalisation est prévue par le Code de santé publique.

Les procédures d'hospitalisation se sont complexifiées ajoutant dans les cas de contrainte des certificats médicaux dans les 24 h et 72 h après l'initiation de la mesure et la rencontre avec le

« juge des libertés et de la détention » (JLD). Il intervient de manière systématique dans les 15 jours qui suivent l'admission afin de renforcer les droits de la personne hospitalisée. Il peut lever immédiatement la mesure [23]. Cette nouveauté est très probablement en lien avec le fait que « la contrainte aux soins » est une exception psychiatrique et qu'elle pose souvent la question de sa « valeur thérapeutique » [24]. En effet, la législation française prévoit le consentement aux soins comme une condition indispensable à la prise en charge thérapeutique. Exception psychiatrique et, idéalement, exception *en* psychiatrie ; ici les soins sans consentement tiennent compte de la difficulté de certaines prises en charges liées au « déni de troubles » et aux situations très compliquées dans lesquelles se retrouvent les familles, les proches des patients mais aussi certains équipes soignantes devant l'absence de demande et la présence d'un danger pour le patient ou pour autrui.

L'entrée du juge des libertés à l'hôpital n'est pas la seule place réservée à la justice dans le soin d'aujourd'hui et la pente de la judiciarisation dans laquelle elle est inscrite a provoqué un double questionnement lié à « la responsabilité » : celle du patient et celle du médecin. La situation est pour le moins paradoxale : la justice intervient pour protéger les patients des internements abusifs en évaluant le travail des équipes en psychiatrie, tout en demandant aux mêmes équipes d'augmenter leurs capacités prédictives en termes de dangerosité et des passages à l'acte des patients. Cet interventionnisme, accompagné d'une demande croissante de transparence, provoque des difficultés majeures dans les prises de décisions liées aux soins mettant les équipes de psychiatrie dans « une place impossible », à la fois de soignants et d'auxiliaires de justice.

Concernant la responsabilité du patient, l'article 122-1 du nouveau Code pénal établit que les crimes commis par des personnes jugées irresponsables ne sont plus juridiquement anéantis. Cela ouvre la possibilité de poursuites d'autres responsables impliqués et implique que l'impunité de celui qui a commis le crime n'est possible que dans les cas où il est jugé « irresponsable au moment des faits » et non pas dans le cas d'une « irresponsabilité partielle ».

Par ailleurs, avec le péril imminent permettant une application plus large des mesures de contraintes, et la possibilité d'une contrainte en dehors de l'hôpital, au plus près de la vie du patient, se pose la question de l'obligation du patient de s'impliquer dans sa santé mentale, qui pourrait se présenter dès lors comme un impératif. En effet, la notion de contrainte ambulatoire repose sur la volonté au moins partielle du patient de se soigner, assortie de la menace d'une ré-hospitalisation en cas d'écart. La crainte est pour les psychiatres « d'être affectés à une fonction d'instance de régulation biopolitique : généraliser les soins sans consentements hors de l'hôpital transformerait la psychiatrie en une trame médico-administrative vouée à distribuer dans le corps social les prises en charge juridiquement imposées » ([25], p. 9).

En ce qui concerne la responsabilité de la psychiatrie (représentée socialement par le médecin psychiatre), l'actuelle dérive sécuritaire provoque un double discours : d'un côté, de plus en plus de plaintes des patients et des familles pour « abus du pouvoir » de la part des services publics et, de l'autre côté, une société qui place la psychiatrie en tant que « juge » (ou voyant ?) et lui reproche de ne pas utiliser suffisamment son pouvoir. Ce dernier point est spécialement ravivé par la surmédiation des faits divers liés aux patients « psy ». L'exemple le plus récent étant la condamnation du Dr Canarelli à Marseille en 2012, première médecin psychiatre condamné par les actes commis par un de ses patients. Entre une psychiatrie dite à la fois « liberticide » et « trop libérale » [26], comment articuler ici : soin, contrôle et prédiction ? Des termes impossibles à dialectiser.

Au-delà d'un désir d'objectivité, la multiplicité des certificats médicaux peut porter en elle-même la dérive d'une judiciarisation du soin : patient et médecin sont contraints au jeu de

l'expertise afin de garantir le contrôle et l'application de la loi. Qu'en est-il du précieux secret médical ?

À côté de la demande de transparence et de prédictibilité, la question de la liberté de circulation en psychiatrie obnubile, elle-aussi, l'opinion publique. Il est très important de rappeler que même dans le cas des hospitalisations sous contrainte, les textes n'impliquent pas de services hospitaliers fermés (Cf. voir à ce sujet la circulaire de 1993 de Simone Veil). Et même avec l'existence de modalités d'hospitalisation sans le consentement du malade, l'hospitalisation s'inscrit dans une logique de la *protection* et non pas de *répression*. Le mélange de ces deux termes et la position des soignants vis-à-vis des patients que cela implique ont été longuement débattus par Foucault. Il s'agit d'une réflexion qui garde toute son actualité, notamment vis-à-vis de la récente nouvelle place du pouvoir juridique dans la psychiatrie [27].

4.2. La déjudiciarisation et la décentralisation argentine

La situation en Argentine est toute autre. Les politiques de santé mentale en Amérique Latine ont été largement influencées à partir de 2005 par le bilan dressé dans les « Principes de Brasilia ». Ce document est une des conséquences des expériences réussies liées aux développements de réseaux communautaires de santé mentale au Brésil, Chili, Mexique, Cuba, Belize, Jamaïque, El Salvador, Nicaragua, Guatemala et Panama. L'Argentine n'y figure pas. L'insuffisance des structures alternatives à l'hôpital psychiatrique est encore pointée comme un problème majeur, ainsi que l'augmentation de la vulnérabilité psychosociale des patients, notamment des enfants et des adolescents. De manière semblable au mouvement français de l'après-guerre, en Argentine c'est un collectif assez hétérogène de professionnels (en lien avec la santé mentale) engagés et dérangés par l'état des lieux dressé à la fin des années 1990 qui propulseront l'articulation d'une clinique plus sociale.

Sur ces bases, la nouvelle loi nationale de Santé Mentale argentine a été votée en 2010 et dès lors *devrait* s'appliquer dans tout le territoire national. Le conditionnel utilisé ici n'est pas sans importance, dans l'actualité l'Argentine peine à appliquer les principes promus par ladite loi. Malgré son caractère encore théorique, il est important de signaler qu'elle est intervenue après la loi de 1983, qui aspirait à réguler et réglementer l'internement des personnes en établissements de santé mentale. Cette loi avait vu le jour avec le retour de la démocratie, après l'horreur des disparitions de milliers de personnes pendant la dictature.

Ainsi, cette nouvelle loi propose comme piliers la défense des droits de l'homme, l'approche interdisciplinaire et intégrale et la promotion des alternatives à la prise en charge à l'hôpital (moins restrictives, plus intégratives et intersectorielles).

Cette loi entraîne des changements dans la conception de la santé mentale, surtout en ce qui concerne sa liaison à la maladie. La nouvelle loi propose un changement de dénomination et substitue le terme de « maladie mentale » par celui de « souffrance psychique », essayant de cette façon d'éviter une dénomination stigmatisante. La santé mentale est ainsi déterminée par des facteurs historiques, socio-économiques, culturels, biologiques et psychologiques et sa préservation implique une dynamique de construction sociale liée au respect des droits de l'homme dans le cadre de la vie en société.

Le point de départ de cette nouvelle loi réside dans les potentialités de changement du sujet. L'exemple le plus net concerne la nouvelle approche du diagnostic. Ce dernier devient temporaire, n'implique pas un risque ou une incapacité à vie et doit se faire dans le cadre d'une évaluation interdisciplinaire d'une situation particulière dans un moment déterminé. Et, le plus fondamental, il ne peut pas se fonder exclusivement sur l'existence d'antécédents de traitements. De cette façon,

la loi tente d'éviter les diagnostics « étiquettes » et une idée de la souffrance psychique considérée comme « non modifiable ». Le statut de travailleur handicapé et les « invalidités » n'auront de valeur que pour une période de trois ans.

La nouvelle loi considère les hospitalisations comme un recours « restrictif de la liberté » des sujets et elle promet de les réduire autant que possible. Elle interdit la création de nouveaux hôpitaux psychiatriques et asiles, en privilégiant leur substitution par des dispositifs alternatifs de prises en charge au sein même de la communauté afin de promouvoir l'intégration et l'inclusion.

Il y a maintenant deux sortes d'internement : les volontaires et les involontaires. Contrairement à la multiplication des certificats médicaux, en Argentine, les indications d'hospitalisation sont posées par une équipe interdisciplinaire et non pas seulement par le corps médical. L'indication d'hospitalisation devrait être signée par deux professionnels dont l'un d'entre eux doit être psychiatre ou psychologue. Ceci implique un changement dans l'organisation des services du fait du partage de la responsabilité liée aux décisions qui, avant, étaient « purement médicales ». Cela a bénéficié notablement au statut des psychologues, dont la formation clinique est fondamentalement psychanalytique. La valeur de l'équipe pluridisciplinaire est mise en avant. Comme en France, la nouvelle loi prévoit que les soins sous contrainte gardent aussi un caractère d'exception.

En ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte, elles doivent être notifiées au juge et à l'Organisme de Révision (équipe pluridisciplinaire formé par des représentants du Ministère de la Santé, des membres de associations des droits de l'homme et des associations d'utilisateurs) dans les 10 heures qui suivent l'admission. Dans une période de 48 heures, le juge doit recevoir les certificats signés par deux professionnels de santé (dont au moins un psychologue ou psychiatre) ainsi que l'information prouvant que d'autres alternatives ont été essayées avant d'arriver à l'hospitalisation sous contrainte. Selon l'article 20, le juge doit se prononcer, à partir de ces documents, pour une décision : autoriser la mesure (si les conditions légales sont réunies), demander des informations complémentaires ou bien refuser la mesure. Par ailleurs, le juge « ne peut ordonner par lui-même une hospitalisation involontaire (sous contrainte) quand le service de santé responsable a refusé de le faire, et ce, même lorsque les conditions énoncées à l'article 20 sont réunies ». Le patient sous contrainte a droit à un avocat qui peut contester la mesure à tout moment. Les permissions ainsi que sa sortie définitive ne demandent pas l'autorisation du juge mais de l'équipe soignante. Les mesures de contrainte sont réévaluées par le juge tous les 30 jours. Au bout de 90 jours c'est l'Organisme de Révision qui réévaluera la situation. Le pouvoir du juge est aussi révisé par cette équipe pluridisciplinaire de manière permanente.

5. Conclusion

Dans les deux pays, les nouvelles lois votées et leurs tentatives d'application visent à homogénéiser les prises en charge en psychiatrie mais surtout à veiller au respect des droits des malades ainsi qu'à la transparence liée aux informations les concernant. Force est de constater que la progressive réglementation de la santé mentale dans les deux pays a permis d'améliorer la qualité de vie et d'assurer le respect des droits des patients à l'hôpital. Dans les deux pays aussi, un désir de changement du côté des cliniciens travaillant en institution (dont beaucoup d'orientation analytique prônant une psychiatrie communautaire et plus humaine) a été à l'origine de ce mouvement.

Contrairement à la situation française et européenne de manière générale, il semblerait que cette nouvelle loi argentine avance dans le sens d'une déjudiciarisation des soins en psychiatrie. Avant, il était fréquent que les juges ordonnent l'hospitalisation, allant même jusqu'à la menace de mettre en garde à vue le médecin responsable en cas de non-exécution de l'ordre ! Ainsi, les

juges pouvaient faire interner des personnes sans avis médical, avec le seul motif de la protection de l'ordre public. Même si dans la pratique l'application de la nouvelle loi en Argentine voudrait réduire les internements sous contrainte, le défi est maintenant celui de la création de structures d'accueil en dehors de l'hôpital et insérées dans la communauté. Les questions financières, les préjugés sociaux et surtout les organisations institutionnelles ne suivent pas forcément la même logique de transformation. Depuis sa naissance, la psychiatrie argentine a suivi « le modèle européen » et aujourd'hui, ne serait-ce qu'en termes de réglementations, elle s'est écartée de ce modèle. Il reste néanmoins le constat de l'extrême difficulté à appliquer cette loi tellement ambitieuse. L'immense écart entre la loi et la réalité du terrain font regretter une telle conquête sur le terrain juridique qui n'a pas encore de conséquences dans la pratique. Et même si les pays ayant produit tardivement des changements significatifs en termes de santé mentale, comme l'Argentine, ont l'avantage de l'expérience acquise outre-Atlantique, sauront-ils s'inspirer aussi de leurs limites ?

La tentative de déjudiciarisation de la psychiatrie argentine pourrait servir à la décentralisation des soins mais cette dernière nécessite, pour se faire, le décroisement de l'hôpital. Sur le terrain juridique, en France, la justice s'est peut être présentée dans un mouvement contraire comme une manière de faire avec les conséquences de la décentralisation tentée depuis les années 1960. Le fou pourrait-il ainsi être dessaisi de la folie en devenant un « citoyen », ou même un « usager » ?

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Dagfal A. *Entre París y Buenos Aires: La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós; 2009.
- [2] Dagfal A. *Psychanalyse et psychologie*. Paris, Londres, Buenos Aires. Paris: Campagne. Première; 2011.
- [3] Stagnaro JC. La réception des idées de la clinique psychiatrique française à Buenos Aires dans la seconde moitié du XIX^e siècle. In: Actes du VI^e congrès de l'EAHP. 2005. <http://www.psy.francoarg.asso.free.fr> [consulté le 04/10/2016].
- [4] Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française. *Evol Psychiatr* 2014;79(1):134–41.
- [5] Garrabé J. La mondialisation de la psychiatrie et la Société médico-psychologique. *Ann Med Psychol* 2012;170:415–22.
- [6] Daumazon G, editor. *Cinquantenaire de l'hôpital Henri-Rousselle, 1922-1972*. Tours: Imprimerie-Reliure Maison Mame, Laboratoires Sandoz; 1973.
- [7] Hesnard A, Laforque R, editors. *Avant-Propos*. *Evol Psychiatr* 1925;1:7–10.
- [8] Roudinesco E. *Histoire de la psychanalyse en France, 1925-1985, 2*. Paris: Seuil; 1986.
- [9] Delion P. *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychiatrie institutionnelle*. Paris: Dunod; 2011.
- [10] Oury J. Psychothérapie institutionnelle : transfert et espace du dire. *Info Psychiatr* 1983;59:413–23.
- [11] Ottaviano ML. La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Rev Electr Psicol Polít* 2011;26(9):44–52.
- [12] Goldenberg M. Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país. *Acta Neuropsi Argentina* 1958;4:401–10.
- [13] Carpintero E, Vainer A. *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70, 1957-1969, Tomo I*. Buenos Aires: Topía; 2004.
- [14] Chiavetti S. La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Rev Argentina Clín Psicol* 2008;XVII:173–82.
- [15] Galende E. *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. 1^e ed. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- [16] Vezzetti H. *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la guerra fría*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2016.

- [17] Moullec G, Samuelian JC, Vigneron E. Territoires et psychiatrie en bouches du Rhône. *Gestions Hosp* 2009;489:499–508.
- [18] Minard M. Considérations sur la psychiatrie de secteur en France. *Sud-Nord* 2006;21:153–8.
- [19] Guellec A. Réforme des soins psychiatriques sans consentement, de la rénovation à l'imperfection. *Rev Hosp France* 2011;542:48–52.
- [20] Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo 1988. Buenos Aires; 1988. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816 rol psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf [consulté le 04/10/2016].
- [21] Rossini K, Senon JL, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *Evol Psychiatr* 2015;80:209–20.
- [22] Mondoloni A, Buard M, Nargueot J, Vacheron MN. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *Encephale* 2014;40:468–73.
- [23] Fauconier J, Bénézech M, Hitier F, Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. *Ann Med Psychol* 2015;173:627–8.
- [24] Rossini K, Senon JL, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Ann Med Psychol* 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.039> [Consulté le 04/10/2016].
- [25] Couturier M. La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle. *Rev Droit Sanitaire Soc* 2012;1:97–110.
- [26] Senon JL. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol Psychiatr* 2005;70:117–30.
- [27] Foucault M. Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975). Paris: Hautes Études Gallimard Le Seuil; 1999.