

Emprisonner la folie ?

La liberté se définit moins par une simple capacité physique de déplacement que par le choix global d'un projet de vie, multidimensionnel, n'excluant pas la contrainte mais à construire avec le patient et son entourage.

Si la folie est indéfinissable, toujours singulière, jamais si distincte de la normalité qu'elle puisse être contenue par le granit de catégories exceptionnelles, on peut toutefois y repérer deux constantes : une expérience mentale impossible à partager, et une forme de certitude résistant aux contradictions, ce qu'on appelle d'ordinaire le délire. Or si le malade mental ne peut se mettre à la place de l'autre – qui est moins à une autre place que dans un autre monde –, s'il en est séparé et peut lui sembler menaçant, car convaincu de choses fausses et inaccessibles à la discussion, n'est-on pas fondé à le cantonner dans un espace distinct ? La restriction de liberté ne serait ainsi que la conséquence d'un état interne d'isolement plus ou moins redoutable. La privation de liberté permettrait d'articuler des mondes incompatibles pour protéger l'un et réduire la dérive de l'autre.

La corrélation entre santé mentale et liberté a cependant des limites. En effet, les troubles psychiques sont loin d'empêcher tout discernement, et partant toute liberté. Certains voient même dans le délire une forme de recherche rationnelle d'explications de perceptions faussées, à la manière d'hypothèses scientifiques visant à expliquer des phénomènes en apparence aberrants. Les « fous » ne seraient pas irrationnels, mais essaieraient d'expliquer rationnellement des

réalités différentes (1). Ils ne manqueraient pas de liberté, mais l'utiliseraient autrement. Inversement, la plupart des prisonniers ont été incarcérés précisément parce qu'ils ont été jugés responsables de leur acte, c'est-à-dire libres au moment des faits. C'est que la liberté est autant un concept pour dire l'humanité qu'un moyen de la délimiter, et donc d'en exclure certains ; autant une qualité universelle qu'une compétence discriminante, comme en témoigne la nature à la fois unanimement partagée du langage et socialement classante de la langue. De même, la liberté peut constituer une frontière sociale d'autant plus imperméable qu'elle prétend s'universaliser au travers d'une définition restrictive. Il s'agira donc d'élargir la notion de liberté en questionnant l'exigence de normalité qui tend à la réduire à l'exercice d'une rationalité utilitaire.

ISOLEMENT ET ENFERMEMENT PSYCHIQUE

La folie est une forme d'enfermement mental qu'on a longtemps voulu inscrire dans les choses en excluant les « fous » des lieux de vie. Car les croyances délirantes de la folie ne font pas qu'empêcher sur l'individu par dysfonction corporelle, comme une simple maladie : elles corrompent sa nature même en distordant sa vision du monde, limitant sa liberté de penser et d'agir. Le fou subit moins la diminution d'une maladie que le destin d'une conversion. Il ne s'appartient plus. C'est pourquoi l'on peut dire que la folie est une « *pathologie de la liberté* » (2) atteignant l'humain dans ce qu'il a de plus profond, en particulier aux yeux d'une modernité qui fait de l'auto-détermination le critère principal d'un être qui, « *en se choisissant, choisit*

l'homme » (3). L'isolement imposé aux malades mentaux ne serait que la conséquence d'un enfermement psychique premier. Bannissement qui pourrait constituer, par une sorte d'alignement des conditions subjective et objective d'existence, une première étape du soin.

De fait, les mesures restrictives de liberté sont parfois demandées par les patients eux-mêmes. Qu'il s'agisse du cadre stable et rassurant de la chambre d'isolement pour un psychotique en proie à une expérience de morcellement interne ou de l'hospitalisation sans consentement avec « *contrat de poids* » pour une anorexique, la contrainte physique est, de l'aveu même des patients, une composante significative de l'amélioration de leur état. En traduisant dans les choses un vécu problématique, en lui conférant un peu de leur consistance, l'enfermement stabilise le trouble et en facilite le traitement. Aussi la gestion des malades mentaux est-elle longtemps passée par une réclusion plus ou moins étroite (4), au détriment d'autres modes de prise en charge. En 1838, une première loi oblige chaque département français à avoir un établissement « *spécialement destiné à traiter et recevoir les aliénés* » en les tenant « *renfermés* » (5). Les « *placements d'office* » imposent une restriction de la liberté de circulation et une tutelle juridique. « *Enfermement dans des lieux dédiés, traitement médical et régime juridique spécifique sont ainsi "encastrés" dans ce dispositif de placement* » (6), contribuant à allonger la durée des séjours psychiatriques et à renforcer la séparation des populations. Situation qui n'a évolué qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale où, suite au traitement inhumain des patients (7), on renversa la logique de la contrainte, qui devint plus rare.

Guillaume VON DER WEID

Professeur de philosophie, maître de conférence à l'Institut d'études politiques de Paris.

De pair avec l'essor des neuroleptiques, on est passé d'une situation d'enfermement quasi-systématique à une structure de soin principalement libre (8), pour « éviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté » (9). C'est la « psychiatrie de secteur » qui, à partir des années 1960, finit de révolutionner le modèle asilaire qui avait prévalu, en faisant de l'hôpital le dernier maillon d'une chaîne de soins libres où les patients sont désormais traités dans des hôpitaux de jour et des Centres médico-psychologiques (CMP), situés dans le secteur géographique de leur domicile. Cette libéralisation, couplée à la reconnaissance d'un effet potentiellement contre-productif des établissements psychiatriques (10) et au développement de l'éthique médicale moderne, a ainsi conduit, via une série de lois, à une configuration institutionnelle où seulement 12 % de la patientèle psychiatrique est physiquement contrainte (11).

LE « FOU » ET LE CRIMINEL

Or, la psychiatrie est aujourd'hui confrontée à une demande sociale pressante d'enfermement des malades.

Sous la double influence d'une imagination terrifiée par l'absurdité de crimes fous et d'une instrumentalisation politique amplifiée par les médias, l'opinion publique associe étroitement folie et actes violents (crime, viol, inceste, agression) (12), alors même que la population carcérale (0,2 %) est 10 fois supérieure à celle de la population hospitalisée sous contrainte suite à un non-lieu pour irresponsabilité pénale, par rapport à l'ensemble des hospitalisations psychiatriques (0,027 %) (13). Cela signifie, grossièrement, que les malades mentaux sont dix fois moins « dangereux » que les gens normaux. Mais rien n'y fait : le crime fou fascine. Pour Michel Foucault, la psychiatrie serait même fondée sur l'incapacité de la société à donner une raison aux crimes des « fous » : « *Imaginez un crime imprévisible, mais qui pourrait être reconnu comme signe particulier d'une folie diagnosticable ou prévisible pour un médecin, imaginez cela, donnez-moi cela – dit la psychiatrie –, moi je suis capable de la reconnaître ; un crime sans raison, un crime qui est donc le danger absolu, le danger touffu dans le corps de la société, moi je me fais fort de le reconnaître. Par conséquent, si*



© Alain Signori.

je peux analyser un crime sans raison, je serai reine. (14) »

Cette incapacité à comprendre les crimes des « fous » est d'autant plus prégnante qu'elle rappelle, en écho, l'incapacité de se mettre à la place des criminels dont on ne peut comprendre ou tolérer les motifs d'action. On comprend l'escroquerie, la vengeance, le crime d'honneur, mais pas le meurtre gratuit, la cruauté, la pédophilie. On tend ainsi à identifier les criminels graves à des « fous », en particulier les délinquants sexuels récidivistes, alors même qu'ils ne présentent pas, le plus souvent, de maladie mentale (15). De fait, 99 % des criminels graves sont jugés responsables de leurs actes (16). Le mélange des populations au sein de l'institution psychiatrique renforce l'identification des criminels et des « fous ». S'y côtoient en effet les patients en hospitalisation libre (presque 90 %) et en hospitalisation contrainte causée par des troubles à l'ordre public, ou des crimes dont ils sont jugés irresponsables, ou encore des crimes dont ils sont jugés responsables mais réclamant un traitement psychiatrique. L'unité de lieu confirme

la similitude des populations aux yeux du public (17). Pour se protéger d'un crime *hypnotique* (?), on associe soin et enfermement, on voudrait que l'un implique l'autre, on finit par conditionner l'un par l'autre.

L'instrumentalisation politique achève de serrer le verrou en jouant sur une peur aussi facile à stimuler que peu coûteuse à traiter, puisqu'elle est essentiellement fantasmatique. La « *dangerosité potentielle* » de certains malades, évoquée par un ancien Président de la République, est emblématique de cette mécanique où l'on veut faire « *primer le sécuritaire sur le sanitaire* » (18) ».

Comment résoudre cette contradiction entre une réalité médicale défendue par toute la communauté psychiatrique et la conviction erronée du public ?

HÉGÉMONIE DE LA RAISON

C'est que la peur du « fou » a peut-être une origine plus profonde. L'augmentation récente de la population carcérale, corrélativement à la diminution des effectifs psychiatriques, révèle en effet un autre phénomène, plus diffus, plus matriciel qu'une



simple illusion sociale. Depuis les années 1960 en effet, la « déflation asilaire » s'est accompagnée d'une « inflation carcérale ». Aux États-Unis, alors que le nombre de lits psychiatriques était divisé par vingt, la proportion de personnes incarcérées fut multipliée par cinq (19), comme si la liberté des uns se payait par celle des autres, comme si une pression constante s'exerçait contre une population marginalisée, moins pour la recentrer que pour donner du relief aux frontières d'une norme qui – de même qu'une fusée voulant se propulser dans le vide ne peut prendre appui que sur ce qu'elle rejette –, s'adosse à ses bords pour trouver son équilibre. La marginalité serait moins un résidu du conditionnement social qu'une bordure utile pour vaincre et convaincre de son bien-fondé. Michel Foucault montre comment, au travers d'institutions conçues sur un même modèle – l'école, l'hôpital, la caserne, l'usine, la prison –, la société discipline et trie sa population pour qu'elle intériorise d'elle-même les lois, lui épargnant le coûteux exercice de « la force de l'ordre » (20). « L'archipel du carcéral » (21) remplace la coercition. Et c'est sans

doute l'ubiquité des normes intériorisées, et la pacification sociale qui en résulte, qui rend d'autant plus inacceptable la potentielle disruption du crime fou. Alors que la folie nous tire en arrière dans un Moyen Âge ensorcelé où l'horreur peut surgir à tout instant, l'avenir prévoit tout, y compris les actes libres voire absurdes, comme les « *precrimes* » de *Minority Report* (22), des êtres prophétiques détectant les crimes avant qu'ils n'arrivent. Et c'est sans doute pour accélérer la venue de cette justice sans crime que la loi sur le renseignement de mars 2015 propose de détecter des suspects par l'analyse de signes individuels de dangerosité, supposés annoncer le crime futur (23). Mais reculons encore d'un pas : cette intériorisation des normes peut être interprétée comme le fruit d'un développement de la raison, définie comme transparence à soi, calculable, excluant les subtilités de la profondeur humaine, de la liberté et des affects, bref des modes de pensée qui ne se laissent ni mesurer, ni circonscrire. « *La folie est exilée. Si l'homme peut toujours être fou, la pensée, comme exercice de la souveraineté d'un*

sujet qui se met en devoir de percevoir le vrai, ne peut pas être insensée (24) ». Cette conception cartésienne de l'esprit, comme pouvoir du vrai, correspond en effet aux principes de l'État moderne, minutieusement administré, statistiquement prévisible, monopolisant l'usage de la violence – et d'autant plus intolérant envers elle que ses apparitions se raréfient. « À l'époque des Lumières [...] émerge la figure politique d'un sujet doté de raison [...]. Pour garantir cette place centrale de la raison comme principe fondateur de l'économie politique de l'époque, l'État se construit un opposé, celui de la déraison, qu'il enferme dans un lieu sûr, l'asile, à l'abri des regards et pourtant bien visible, c'est-à-dire exhibé. (25) » L'enfermement du « fou » ne procède donc pas seulement d'une peur irraisonnée, mais d'une hégémonie de la raison, avec ses immenses succès techno-scientifiques, avec aussi sa force d'écrasement des individus non conformes. On aboutit ainsi à un dualisme du même type que l'opposition classique entre sciences dures et sciences humaines, déterminisme et libre arbitre, explication de phénomènes mesurables et compréhension d'événements humains (26). Oppositions manichéennes qui ne font que répliquer la définition clivante d'une raison pure. Approfondir la notion de liberté exige de dépasser l'engrenage de la rationalité interne de calcul avec la liberté externe de mouvement.

LIBERTÉS PLURIELLES

Car la liberté ne saurait être réduite à la seule rationalité applicable aux actions concrètes de l'individu. Elle est aussi une liberté civique, d'expression, de culte, la liberté sexuelle et surtout, peut-être, la liberté « *de se contredire et de s'en aller* » pour reprendre la boutade du poète (27). Peut-être même que la véritable liberté consiste dans cette multidimensionnalité même. Erving Goffman a dénoncé l'hôpital psychiatrique comme une « *institution totale* » qui unifiait des dimensions humaines d'ordinaire segmentées (travail, loisir, vie intime, déplacements...) (28), soustrayant aux patients la capacité de passer d'un lieu à l'autre. De même, on peut qualifier d'injuste l'unification de différentes sphères de justice aux principes de classement différents (l'égalité, la méritocratie, l'ancienneté, la richesse...) la liberté consistant précisément à pouvoir passer d'une sphère à l'autre pour ne pas être perdant sur tous les tableaux (29). On

peut vouloir choisir son jeu, mais aussi s'en retirer. Ainsi, les patients peuvent retourner dans leur chambre d'isolement pour échapper à une forme de toute-puissance de soignants, qui se voient ainsi renvoyés à l'hôpital comme à un espace public régulé, la chambre d'isolement représentant pour le patient un retour à l'intimité d'un espace privé (30). De même pour l'anorexie, « *le contrat de poids délimite un cadre spatial, temporel, relationnel, là où les limites sont devenues floues et angoissantes [...]. Il offre au patient la possibilité de penser à autre chose qu'à manipuler sur un mode obsessionnel l'organisation de son temps, son espace, ses relations et son alimentation ; il a à ce titre valeur de prescription d'un "espace de liberté"* » (31). En élargissant le concept de liberté, on abolit l'opposition stricte entre liberté du sujet et contrainte physique.

Cet élargissement de la définition de liberté resurgit sur celle du sujet qui en est porteur. Non plus un sujet pur, capable par la raison de commencer une série d'événements imprévisibles (32) – et qui, en un sens, ne fait que répondre à l'irrationalité imprévisible du « fou » –, mais un être incarné, avec son histoire et ses limites, ses désirs et sa capacité propre de discernement.

Car la folie consiste rarement dans un délire complet. Au contraire, la conscience est là, attentive, critique et d'une intensité le plus souvent jugée incompatible avec le trouble mental (33). C'est pourquoi les neuroleptiques furent vivement critiqués par l'antipsychiatrie des années 1960 et 1970, qui y voyait une privation de liberté beaucoup plus sévère et aliénante que l'enfermement physique, puisque le patient ne pouvait même penser s'y soustraire. Dans un autre registre, la loi du 5 juillet 2011 créant une obligation de soin sans hospitalisation (34) a été critiquée au nom de la liberté de patients qui passaient alors « *d'un lieu de contrainte (l'hôpital), à un état de contrainte (le soin sans consentement peut se faire partout)* » (35), alors même qu'elle leur permettait de sortir de l'hôpital. La liberté interne « *d'autonomie* » semble devoir l'emporter sur la liberté externe de mouvement.

Liberté d'autonomie dont les soignants, dès lors, peuvent ne plus apparaître seulement comme des auxiliaires de contrainte, mais aussi comme des facteurs d'émancipation. On a ainsi décrit les négociations permanentes des malades mentaux avec le personnel hospitalier qui pouvaient

aller jusqu'à une alliance contre la gestion bureaucratique de la direction (36). La liberté, loin d'être unidimensionnelle, est donc un équilibre entre différents champs d'action, susceptibles de variations et n'excluant pas la privation temporaire de liberté physique.

Le problème est donc moins celui de l'ouverture des portes d'un établissement que du respect de la liberté d'un sujet. C'est d'ailleurs ainsi que l'entend l'éthique médicale moderne, qui exige que les malades soient traités comme « *des fins en soi* » (37). C'est le sens de la récente décision de soumettre la privation de liberté des malades mentaux aux juges des libertés – comme les autres citoyens –, et non plus à une simple autorité administrative, qui réduisait implicitement le patient à l'état d'animal ou de chose (38).

EN CONCLUSION...

Pour finir, la liberté ne saurait être un moyen thérapeutique, un but existentiel, une exigence éthique, sans être aussi un puissant moteur de progrès pour l'individu malade. Le monumental témoignage du Président Schreber, interné pendant des années pour une psychose, en est une preuve prodigieuse. En voici la toute première phrase : « *J'ai pris la décision de solliciter [...] mon élargissement de l'asile afin de pouvoir à nouveau vivre parmi les gens d'une certaine culture et en communauté de ménage avec ma femme* » (39). » Suivent plusieurs centaines de pages où il décrit son expérience, ses doutes, ses analyses, travail colossal qui ne peut avoir été sans effet positif sur les troubles ainsi disséqués. Un même type de motivation explique sans doute l'expérience des « *pairs aidants* », ces malades mentaux qui partagent leur expérience, et jouent auprès des autres malades le rôle de tuteurs, dans un dispositif proche de celui des Alcooliques anonymes. Le malade peut ainsi devenir un modèle, une structure existentielle inspirante, un exemple de libération partielle du carcan de la maladie, même si cette émulation doit toujours être encadrée (40).

Aussi la liberté, prise dans sa globalité, se définit-elle moins par une simple capacité physique de déplacement que par le choix global d'un projet de vie. Projet de vie multidimensionnel, n'excluant pas la contrainte, mais à construire avec le malade et tout ce qui constitue son monde (habitudes, proches, environnement matériel...). Sans nier la spécificité et les limites de

la maladie mentale, on verra alors que ses problématiques ne sont pas si différentes des nôtres, en prise avec des projets parfois contradictoires et des obligations dont certaines peuvent être, du moins par anticipation, aussi fortes que des entraves physiques (obligations fiscales, professionnelles, parentales...)

Du coup, la privation de liberté du malade mental, loin d'être une nécessité de son état, ne peut être justifiée que par une possibilité de son action, en cas de mise en danger de lui-même ou des autres. Mais là encore, pas de grande différence avec notre monde, où nous devons parfois forcer les gens à faire ou à ne pas faire quelque chose, payer leurs impôts, ne pas sauter par la fenêtre, cesser de battre leur voisin pour un motif futile (41). La privation de liberté n'est alors qu'une conséquence, non pas d'une maladie qui annihilerait toute liberté, mais d'un danger ponctuel, souvent accompagné d'un déni de la maladie. Déni qui, lui non plus, n'est pas l'apanage des malades mentaux : « *Personne ne se reconnaît pour avare, personne pour cupide. L'aveugle du moins cherche un conducteur ; nous, nous errons sans en prendre et disons : "Je ne suis pas ambitieux ; mais peut-on vivre autrement à Rome ? Je n'ai point le goût des dépenses : mais la ville en exige de grandes ; ce n'est point ma faute si je m'emporte, si je n'ai pas encore arrêté un plan de vie fixe ; c'est l'effet de la jeunesse." [...] Notre mal ne vient pas du dehors ; il est en nous ; il a nos entrailles mêmes pour siège. Et si nous revenons difficilement à la santé, c'est que nous ne nous savons pas malades* » (42).

Bref : la seule bonne raison de limiter la liberté de quelqu'un serait de l'obliger à être libre pour, dans le meilleur des cas, redevenir normal, c'est-à-dire comme nous, « *condamné à être libre* » (43).

L'arbre de la Liberté ne doit donc pas cacher la forêt des libertés. Libertés plurielles d'un projet de vie qui, plus qu'une liberté de mouvement, désigne la capacité à mener une vie qui fait sens pour nous. Laissons-en l'illustration à Paul Schreber, qui préfère rester enfermé qu'être libéré, s'il ne peut vivre comme il l'entend, avec sa femme : « *Je n'appartiens pas à cette catégorie de malades mentaux qui ne cessent de réclamer avec véhémence leur élargissement de l'asile sans se préoccuper le moins du monde de savoir comment la vie va s'organiser pour eux hors de l'asile et pour leur entourage. [...] Le*

séjour dans le présent asile, dans les conditions qui me sont faites, ne m'est pas à ce point intolérable que je doive préférer à l'état actuel de choses une vie solitaire hors de l'asile – dans le cas où il s'avérerait que je ne pourrais vivre avec ma femme (39). » Qui pourrait en dire autant ?

1– Eugen Bleuler a ainsi distingué des symptômes secondaires délirants visant à expliquer, du point de vue du malade lui-même, des symptômes primaires incompréhensibles (*Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies, coédition Grec/Epel, (1911) 2001*).

2– Ey (Henri) : « La psychose et les psychotiques », *L'Évolution psychiatrique*, XL, I, 1975, p. 100.

3– Sartre (Jean-Paul) : *L'existentialisme est un humanisme*, Folio, Gallimard, 1996, p. 33.

4– Les restrictions de liberté peuvent prendre trois formes, par ordre de sévérité : l'hospitalisation sans consentement, la chambre d'isolement et la contention corporelle.

5– Loi du 30 juin 1838.

6– Eyraud (Benoît), Moreau (Delphine) : « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, n° 90, été 2013, p.120.

7– Voir *L'Extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France sous Vichy*. Max Lafont. Ed. Le bord de l'eau, 2000.

8– Exemple de répartition typique des patients : 60 % en hospitalisation libre, 25 % en hospitalisation à la demande d'un tiers, 15 % en hospitalisation d'office (BARATTA (Alexandra) : « L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte », *Perspectives Psy*, 2009-3, vol. 48, p. 280).

9– Circulaire du 28 février 1951.

10– Cano (Nicole), Boyer (Laurent) : « Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique* 2011-7, vol. 87, pp. 589-593.

11– Haute Autorité de Santé : « Modalité de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement présentant des troubles mentaux », service

des recommandations professionnelles, avril 2005, p. 29.

12– Enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG), Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (CCOMS), 1999-2003.

13– Roelandt (Jean-Luc) : « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, 2009/6 - Volume 85, p. 528.

14– Foucault (Michel) : *Les anormaux*, Seuil, 1999, p. 113.

15– Senon (JL), Jonas (C.) : « Aspects médico-légaux des troubles de la personnalité », in Feline (A.), et al. : *Les troubles de la personnalité*, Flammarion Médecine-Science, 2006, p. 430-440.

16– En 2003, sur 48 000 crimes, délits ou contraventions, il y a eu 285 non-lieux pour irresponsabilité (art. 122-1 du code pénal). cf. Roelandt, op. cit., p. 528.

17– Roelandt (2009), op. cit., p. 528.

18– Expressions du discours de Nicolas Sarkozy le 2 décembre 2008, à Antony.

19– Fassin (Didier) : « L'asile et la prison », *Esprit*, n° 413, mars-avril 2015.

20– Pour reprendre le beau titre d'un livre de Didier Fassin, *La force de l'ordre, Une anthropologie de la police des quartiers*, Seuil, 2011.

21– « L'archipel carcéral transporte la technique pénitentiaire de l'institution pénale au corps social tout entier [...] Ce dispositif établit une gradation lente, continue, [...] qui permet de passer comme naturellement du désordre à l'infraction et en sens inverse de la transgression de la loi à l'écart par rapport à une règle [...], à une norme. [...] » Foucault (Michel) : *Surveiller et punir*, Tel, Gallimard, p. 349-350.

22– Film de Steven Spielberg, sorti en 2002.

23– On se reportera à l'interview de Didier Bigo dans les pages « Débats » du *Nouvel Observateur* n° 2635 du 7 mai 2015, p. 80-83.

24– Foucault (Michel) : *Histoire de la folie à l'âge classique*, Tel, Gallimard, 1981, p. 58.

25– Sarthou-Jajus (Nathalie) : « Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie. Entretien avec Richard Rechtman », *Études*, 2011-10, tome 415, p. 329-339.

26– Pour reprendre la distinction de Wilhelm Dilthey (*L'Édification du monde historique dans les sciences de l'esprit*, Cerf, 1988).

27– Baudelaire (Charles) : *Œuvres complètes*, éd. L. Conard, 1953, p. 8.

28– Goffman (Erving) : *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, éd. de Minuit, 1968.

29– Walzer (Michael) : *Sphères de justice*, Seuil, 2013.

30– Cano (Nicole), Boyer (Laurent) : « Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique* 2011-7, vol. 87, p. 592.

31– Guisseau-Gohier (Mickaëlle) et al. : « Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale », *L'information psychiatrique*, 2007-5, vol. 83, p. 391.

32– « J'entends par liberté [...] la faculté de commencer de soi-même un état dont la causalité n'est pas subordonnée à son tour, suivant la loi de la nature, à une autre cause qui la détermine [...] », Kant (Emmanuel) : *Critique de la raison pure*, Flammarion, 2006, Livre II, Ch 2, Section 9, III.

33– « Le sens critique [du malade] est conservé [...] il juge fort bien le trouble dont il est atteint, il en comprend l'absurdité et le caractère pathologique, et même il le réproche [...]. S'il va chez le médecin, c'est pour demander du secours contre son mal; souvent il réclame lui-même son internement, ou bien, il emploie contre lui-même des moyens physiques de contention. » Binet (Alfred), Simon (Théodore) : « Folie avec conscience », *L'année psychologique*, 1909, vol. 16., p. 146-147.

34– Avec les programmes de soin, prévus dans la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 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.

35– Gibet-Lafaye (Caroline) : « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique? », *Enjeux éthiques*, <hal-00974387>, janvier 2014, p. 6.

36– Goffman (1968), op. cit.

37– Selon le fameux 2e impératif kantien (*Fondement de la métaphysique des mœurs*, Garnier-Flammarion, 1999, p. 108).

38– Arrêt du Conseil Constitutionnel du 5 juillet 2011.

39– Schreber (Daniel) : *Mémoire d'un névropathe*, Points, Seuil, 1985, p. 344.

40– Autes (Erwan) : « La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale? », *Anthropologie & Santé*, 8-2014, mis en ligne le 31 mai 2014, consulté le 05 mai 2015.

41– Berthon (Georges) : « Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique », *L'information psychiatrique* 2011/6 - Volume 87, pages 459 à 465.

42– Sénèque (Lucius Annaeus) : *Lettre à Lucilius*, Bouquins, R. Laffont, 1993, lettre 50.

43– Sartre (Jean-Paul) : *L'être et le néant*, Tel, Gallimard, 1976, p. 612.

Résumé : La liberté d'aller et venir est fondamentale, et ne peut être soustraite à quelqu'un que pour de très bonnes raisons. Or la maladie mentale semble en être une, en tant que perte de liberté psychique dont l'enfermement du malade n'est que la traduction matérielle. Toutefois, le double parallélisme entre liberté et santé mentale d'un côté, liberté psychique et liberté physique de l'autre, n'est peut-être que le reflet négatif d'une norme psychosociale cherchant à renforcer ses limites plutôt qu'à absorber ses marges. La remise en cause d'une norme réductrice permettra d'élargir la notion de liberté pour la faire correspondre à une réalité collective plus humaine et inclusive.

Mots-clés : Concept – Dangersité – Histoire de la psychiatrie – Hospitalisation sous contrainte – Liberté – Liberté d'aller et venir – Normal pathologique – Pathologie psychiatrique – Philosophie – Politique – Représentation sociale – Stigmatisation.