

Manuscript Number: EVOPSY-D-16-00070R1

Title: 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: about regulations in mental health

Article Type: Article original

Keywords: rapports entre la psychiatrie française et la psychiatrie argentine; judiciarisation du soin; politiques de santé mentale.

Relationships between the French and the Argentinian psychiatry; judicialization of health care; mental health politics.

Corresponding Author: Mrs. Isabel FERNANDEZ, PHD

Corresponding Author's Institution:

First Author: Isabel FERNANDEZ, PHD

Order of Authors: Isabel FERNANDEZ, PHD; FERNANDEZ Victoria Isabel; DE BATTISTA Julieta; BAUER Laurent; DAGFAL Alejandro

Abstract: Résumé

Objectifs

Si la psychiatrie ne s'est jamais définie comme garante de la loi, le rôle social et historique qui lui a été attribuée n'en est pas moins de défendre de 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 psychiatriques et de la place de la folie dans le tissu social.

Mots clés : rapports entre la psychiatrie française et la psychiatrie argentine, judiciarisation du soin, politiques de santé mentale.

Abstract

Objective

If psychiatry has never been defined as a law guarantor, its purpose had been socially and historically defined as to protect society from the most unbearable it produces. We will see how the madness treatment evolution in France and its influence on the Argentinian psychiatry brings us today to very different and even opposite mental health politics in these two countries.

Method

We have studied the mental health politics in these two countries through the last two mental health legislation.

Results

The new laws and their application attempts aim to regulate psychiatric cares and above all to respect the patients' rights and transparency about their informations.

Discussion

In France, the current situation seems to go in the way of a litigiousness of the mental healthcare, by asking how to respond to the new needs of control and security.

Across the Atlantic, Argentina, who has however always claimed its European heritage, seems to be in the opposite situation.

Conclusion

The politics of mental health reflects the contemporary debate of the psychiatric role of institutions and the place of the madness in the social fabric.

Key Words: Relationships between the French and the Argentinian psychiatry, judicialization of health care, mental health politics.

Response to Reviewers: Bonjour,

Voici une troisième version de l'article soumis qui tient compte des critiques et des réflexions des lecteurs anonymes, notamment en ce qui concerne la circulaire de mars 1960 (page 2 et 4). Nous avons également actualisé la bibliographie en ajoutant les articles conseillés (page 10).
Cordialement,

Résumé

Objectifs

Si la psychiatrie ne s'est jamais définie comme garante de la loi, le rôle social et historique qui lui a été attribuée n'en est pas moins de défendre de 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.

1
2 Mots clés : rapports entre la psychiatrie française et la psychiatrie argentine, judiciarisation
3 du soin, politiques de santé mentale.
4

5 Abstract
6

7
8
9 **Objective**

10
11 If psychiatry has never been defined as a law guarantor, its purpose had been socially and
12 historically defined as to protect society from the most unbearable it produces. We will see
13 how the madness treatment evolution in France and its influence on the Argentinian
14 psychiatry brings us today to very different and even opposite mental health politics in these
15 two countries.
16
17
18
19
20
21
22
23
24

25 **Method**
26

27
28 We have studied the mental health politics in these two countries through the last two mental
29 health legislation.
30
31
32
33

34 **Results**
35

36
37 The new laws and their application attempts aim to regulate psychiatric cares and above all to
38 respect the patients' rights and transparency about their informations.
39
40
41
42

43 **Discussion**
44

45
46 In France, the current situation seems to go in the way of a litigiousness of the mental
47 healthcare, by asking how to respond to the new needs of control and security.
48
49
50
51

52 Across the Atlantic, Argentina, who has however always claimed its European heritage, seems
53 to be in the opposite situation.
54
55
56
57

58 **Conclusion**
59
60
61
62
63
64
65

1
2 The politics of mental health reflects the contemporary debate of the psychiatric role of
3 institutions and the place of the madness in the social fabric.
4

5 Key Words: Relationships between the French and the Argentinian psychiatry,
6
7 judicialization of health care, mental health politics.
8
9

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

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

Re-institutionalisation or de-institutionalisation? Crossed perspectives between France and Argentina: about regulations in mental health

Fernández Victoria Isabel (psychologue clinicienne)^a, De Battista Julieta (psychologue clinicienne)^b, Bauer Laurent (interne en psychiatrie)^c, Dagfal Alejandro (Prof. d'histoire de la psychologie)^d.

Auteur correspondant :

De Battista, Julieta. JA Cabrera 5778. CP 1414 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. julietadebattista@gmail.com

^aDocteur en psychologie. Psychologue clinicienne. Centre Hospitalier Valvert, 13G08. 78 Bd. Des Libérateurs 13391 Marseille cedex 11. Chargée des cours, Aix Marseille Université (AMU), LPCLS, EA 3278, 13621, Aix-en-Provence, France.

^bDocteur en Psychopathologie de l'Université de Toulouse, Professeur de Psychopathologie à l'Universidad Nacional de La Plata, Argentine. Membre de l'« Instituto de Investigaciones en Psicología- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas » (CONICET) Ancien interne et ancien chef d'internes (Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn). Calle 51 e/ 123 y 124. Ensenada. CP 1925. La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina

^cInterne en psychiatrie, 5^{ème} choix. Centre Hospitalier Valvert, 13I03. 78 Bd. Des Libérateurs 13391 Marseille cedex 11.

^dDocteur en histoire de l'Université Paris VII, Professeur d'histoire de la psychologie à l'Universidad de Buenos Aires (UBA), Chercheur « Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas » (CONICET), Argentina.

1
2
3 Introduction
4
5

6 La construction du champ de la santé mentale est un processus complexe. Il s'agit d'une
7 scène de débat toujours animée, vivante, traversée par périodes de construction et de
8 déconstruction. Sa constitution relève d'une trame hétérogène -voir hétéroclite- impliquant des
9 facteurs sociaux, politiques, économiques et même idéologiques, tout ceci ayant des
10 conséquences directes dans la formation des professionnels (notamment de psychologues et de
11 médecins psychiatres) [4] et dans le devenir des patients. C'est dans ce contexte que la question
12 de la liberté et du droit sont au centre de cette scène depuis des nombreuses années. Mais les
13 liens entre la psychiatrie et la justice ont toujours été difficiles à spécifier tant l'asile
14 psychiatrique a eu pour vocation d'accueillir les exclus et les déviants. Si la psychiatrie ne s'est
15 jamais définie comme garante de la loi, le rôle social et historique qui lui a été attribuée n'en a
16 pas été moins de défendre la société de ce qu'elle produisait de plus insupportable. Soumise à
17 l'injonction de la paix sociale, la psychiatrie est influencée par les politiques en santé mentale
18 -qui évoluent au rythme du thermomètre social et des profondes crises institutionnelles. C'est
19 ainsi que la réponse de chaque société aux problèmes de santé mentale est en rapport avec ses
20 propres prérogatives. A ce titre il est possible de citer les déclinaisons des modalités de pouvoir
21 qui animent le discours social selon Foucault : la *société de souveraineté* suivie de la *société*
22 *disciplinaire* pour arriver à ladite *société de contrôle*. L'hôpital psychiatrique, est-il passé du
23 garant de la discipline à l'organe de contrôle social ?
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Nous ne prétendons pas répondre à cette question mais donner des éléments de réflexion en
52 s'appuyant sur les deux dernières lois de santé mentale en France et en Argentine, deux pays
53 très lointains géographiquement mais inscrits dans une longue filiation intellectuelle. Ce choix
54 n'est pas arbitraire, la France est reconnue comme l'un des premiers pays à établir une loi
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 concernant les *malades mentaux* et sa psychiatrie s'est vue fortement influencée par les
2 évènements les plus marquants de la vieille Europe. Ainsi suite aux nombreux morts dans les
3
4 asiles durant la seconde guerre mondiale, la mise en place de la circulaire du 15 mars 1960
5
6 permet l'ouverture de l'hôpital et l'apparition du *secteur*. En dehors du continent européen,
7
8 l'Argentine est un des pays qui a subi la plus grande influence des idées françaises dans le
9
10 traitement de la folie en le transformant dans le pays le plus francophile de l'Amérique latine
11
12 [5]. Les vagues migratoires successives accompagnées des allers-retours des intellectuels et
13
14 penseurs français entre Paris et Buenos Aires ont marqué la psychiatrie argentine du sceau de
15
16 la mondialisation¹. Tout comme en France, la psychiatrie argentine s'est vue aussi influencée
17
18 par un climat politique en ébullition durant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle [26]. L'impact
19
20 de la tradition psychologique française sur la constitution des discours psychologiques en
21
22 Argentine a laissé ses traces sur le processus de professionnalisation des jeunes psychologues
23
24 dans les années 60 [5].

25
26
27
28
29
30
31
32 Tout en s'inspirant du modèle français et après une longue période dite « asilaire »
33
34 l'Argentine se trouve aujourd'hui dans un processus de désinstitutionalisation et d'ouverture de
35
36 l'hôpital. En même temps, la psychiatrie française a engagé une réforme considérable amenant
37
38 la mise en question de l'hôpital ouvert ainsi qu'une intervention de plus en plus importante de
39
40 la justice. A partir des dernières lois de santé mentale : en France la loi du 5 juillet 2011² et en
41
42 Argentine la loi du 2 décembre 2010³ nous questionnerons ces réformes à l'aune des processus
43
44 d'ouverture de l'hôpital sur la cité et ses conséquences (judiciarisation de la psychiatrie :
45
46 demande croissante de contrôle et de prédictibilité).

51
52
53
54 ¹La preuve en est la première thèse en psychiatrie en Argentine et en Amérique Latine en 1827, « Dissertation
55 sur la manie aigue », où Diego Alcorta commente et critique l'œuvre de Pinel sur l'aliénation mentale, à peine
56 onze ans après de l'indépendance du pays de la couronne espagnole.

57 ²Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins
58 psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

59 ³Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº
60 22.914.Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010
61
62
63
64
65

Des années d'histoire

L'histoire de la psychiatrie française depuis le modèle asilaire et la loi sur les aliénés d'Etienne Esquirol jusqu'à l'apparition du secteur et de l'hôpital ouvert a été un long processus débutant au XIXème 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 [11]. 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 [12]. 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. Edouard Toulouse crée en 1922 le premier service ouvert de France, l'hôpital Henri Rousselle à Saint Anne, avec des prises en charges sans placements et un objectif de prophylaxie mentale [6]. En 1925 et 1926 apparaissent les deux premiers tomes de l'Evolution 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 [15]. 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 trente 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.

1 C'est dans l'après-guerre des années 50 (après la mise en place de la sécurité sociale et l'arrivée
2 des premiers neuroleptiques) qu'apparaissent les premières ouvertures de l'hôpital
3
4 psychiatrique, ou nous sommes passés d'une approche purement sécuritaire à une approche plus
5
6 clinique de la psychiatrie en France. Ainsi, sous l'impulsion d'un groupe de psychiatres dits
7
8 « désaliénistes » (G. Daumezon, L. Bonnafé, P. Koeklin, H. Mignot, J. Oury, F. Tosquelles,
9
10 entre autres) appelés le « groupe de Sèvres » et avec l'appui de madame Mamelet du Ministère
11
12 de la Santé apparaît la notion de *secteur* dans la circulaire du 15 mars 1960 [24]. La naissance
13
14 de la « psychiatrie institutionnelle » a été une des conditions de la « psychiatrie du secteur ».
15
16 Selon Pierre Delion, l'une donnera le cadre et l'autre son contenu [7].
17
18
19
20
21

22 Désormais les malades seront soignés près de leur domicile, dans la cité et non pas en
23
24 dehors d'elle. La clinique s'humanise et avec elle la place du patient et des soignants change à
25
26 son tour. Il ne s'agit pas ici d'un simple changement administratif, en effet, dès sa création, le
27
28 *secteur* a toujours été défini comme un politique. C'est en dénonçant le déclin de la psychiatrie
29
30 et en revendiquant un traitement plus humain qu'apparaît la psychiatrie institutionnelle, en se
31
32 proposant de penser l'aliénation psychopathologique sans oublier l'aliénation sociale [7, 21].
33
34
35
36
37

38 Le paysage psychiatrique subi pendant ces années une grande transformation voyant ses
39
40 portes s'ouvrir. Des questions liées à l'hébergement et le devenir des malades en dehors de
41
42 l'asile commencent à se poser.
43
44
45

46 En Argentine, après une longue période asilaire ponctuée de quelques projets isolés en
47
48 termes d'ouverture de l'hôpital sur la ville et de la dite « psychiatrie communautaire »⁴ la fin
49
50 des années de 50 a été marquée par une série d'avancées très importantes [20]. Nous pourrions
51
52 citer notamment la création de six cursus de psychologie entre 1955 et 1959 : les deux premiers
53
54
55
56
57
58

59 ⁴Courant qui pourrait se rapprocher de la politique de secteur en voulant soigner les malades au sein de la
60 communauté.
61
62
63
64
65

1 à l'Universidad del Litoral (Rosario) et à l'Universidad de Buenos Aires. A la même époque
2 apparaît l'Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Organisme créé dans le cadre des
3 politiques de santé mentale promues par l'OMS et sous l'influence des expériences de la
4 « psychiatrie communautaire » aux Etats-Unis et du « secteur » français, il avait pour objectif
5 de redonner une place au sein du Service Public à la prévention, le traitement et la recherche en
6 psychopathologie [13]. Trois psychiatres psychanalystes ayant été formés à différentes périodes
7 en France ont été à la tête de cette réforme : Mauricio Goldenberg (pionnier du premier service
8 ouvert de psychiatrie dans un hôpital général avec des consultations externes et des hôpitaux de
9 jour à l'Hospital de Lanus à Buenos Aires en 1956), Raul Usandivaras (représentant du courant
10 groupaliste initié par Pichon-Rivière à Buenos Aires) et Jorge Garcia Badaracco (après un
11 séjour de sept ans à Paris où il travaille à Saint-Anne et intègre la Société Psychanalytique de
12 Paris, il tente une expérience de psychiatrie communautaire et ouverte à l'Hospital José Borda).
13 Inquiets quant à la formation exclusivement asilaire des psychiatres argentins, à partir de
14 l'INSM, ils décident d'apporter un changement en ouvrant un nouvel internat en psychiatrie à
15 l'Hospital José Borda orienté vers une psychiatrie dite « dynamique » avec des cours
16 magistraux et des supervisions. L'idée arrive à se propager à l'Hospital de Lanus et à l'Hospital
17 de Niños de Buenos Aires. A l'époque, l'Hospital de Lanus devient le paradigme du travail
18 interdisciplinaire et accueille les jeunes psychologues en formation. Le profil professionnel des
19 psychologues sera marqué de plus en plus par une « clinicisation de la psychologie » [5], en
20 affirmant le rôle professionnel du psychologue dans une approche clinique.

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49 Plusieurs projets dits « avant-gardistes » voient le jour les dix années suivantes en
50 parallèle de l'existence des asiles, difficiles à reformer. Les tentatives pluridisciplinaires de
51 décentralisation deviennent très vite des antennes périphériques de l'hôpital psychiatrique. Mais
52 malgré le manque de moyens financiers et la méfiance du pouvoir médical, certaines
53 « communautés thérapeutiques » (des services ouverts) apparaissent en province -à Buenos
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 Aires et à Entre Rios, par exemple. Afin de contrer la marginalisation et l'oubli des patients
2 dans des services dits « classiques » cette nouvelle réforme essaie d'ouvrir des services de
3
4 psychiatrie à l'Hôpital Général afin de récupérer cette spécialité de la médecine de la
5
6 « ségrégation asilaire » [1]. Dans la suite de cette réforme anti-asilaire en 1959 la Fédération
7
8 Argentine de Psychiatrie (FAP) est créée. Mais même ce groupe de psychiatres dits
9
10 « réformistes » avait ses limites et parfois se montrait réticent au travail pluridisciplinaire [2].
11
12 Néanmoins, cette situation changera peu à peu avec l'intégration de psychiatres plus
13
14 progressistes. Emiliano Galende définit cette organisation comme « le premier mouvement
15
16 scientifico-syndical massif qui fait face politiquement à la réforme de la santé mental » » ([10],
17
18 [2], p. 175). C'est en partie l'accueil réservé à la psychologie et la psychiatrie française qui a
19
20 permis « l'élaboration d'un projet humaniste, issu des sciences sociales et de la philosophie,
21
22 ainsi qu'une relecture singulière de la psychanalyse (d'abord kleinienne, puis lacanienne) par
23
24 des personnalités telles que Enrique Pichon-Rivière, José Bleger et Oscar Masotta » [5], [28].
25
26
27
28
29
30

31
32 A cette époque-là, en France, les changements au niveau de la prise en charge des
33
34 patients se fait sentir dans la formation des soignants. Au lendemain des événements de mai 68
35
36 et avec la réforme de l'Université, la psychiatrie devient une spécialité médicale au même titre
37
38 que les autres spécialités cliniques et est notamment séparée de la neurologie.
39
40
41

42
43 Malgré un contexte de plus en plus difficile en matière de financement, ce premier effort
44
45 vers une psychiatrie de proximité (avec la circulaire du 15 mars 1960) est confirmé, seulement
46
47 25 ans plus tard, par la Loi du 25 juillet 1985 (Art. L 326) qui donne un statut juridique et un
48
49 cadre légal à la « psychiatrie du secteur ».
50
51

52
53 L'hospitalisation à temps plein devient un moment dans la prise en charge et non pas la seule
54
55 et unique réponse devant la maladie mentale. La prise en charge « hors les murs » de l'hôpital
56
57 est désormais assurée par les structures extrahospitalières comprenant des équipes
58
59
60
61
62
63
64
65

1 pluridisciplinaires: les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil
2 Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et les Hôpitaux de Jour. Des structures qui gardent
3 encore actuellement une importance majeure et qui fonctionnent comme pivot du secteur à
4 l'extérieur de l'hôpital. En France, dans la première moitié des années 2000, on compte en
5 moyenne 2,6 CMP pour adultes par secteur. Avec 82 secteurs de psychiatrie générale et 320
6 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (plus 26 services médico-psychologiques régionaux
7 [SMPR]), la taille moyenne des secteurs en psychiatrie étant de 73 000 habitants [19].
8 Paradoxalement, ces bouleversements institutionnels sont accompagnés de grandes restrictions
9 économiques.
10

11 Ce bref aperçu de la complexité du champ de la santé mentale nous permet de cerner
12 des points en commun entre les deux pays. Notamment dans la mise en place d'une politique
13 de desinstitutionalisation fondée dans une approche pluridisciplinaire -et non pas exclusivement
14 médicale. Mais les moyens mis à disposition ne suivent pas le rythme des changements et les
15 années 90 marquent, à ce titre, une rupture qui met en avant des divergences de plus en plus
16 importantes entre les deux pays.
17

18 Les années 90, la période de recul ?

19 En France, la circulaire du 14 mars 1990 rappelle les objectifs de la politique du secteur
20 [17]. La même année une nouvelle loi accentuant le droit et la protection des patients
21 hospitalisés rappelle un nouveau changement d'appellation (non dénuée d'importance!) : le
22 malade devient « l'utilisateur » et son « droit à l'information » devient une priorité. « Mais le
23 paradoxe de ces avancées législatives est qu'elles ont, dans les faits, inauguré une période de
24 recul des pratiques de secteur qui s'étaient développées à partir de 1972. Elles ont en effet
25 renforcé la dépendance par rapport à la politique hospitalière [...] » ([14], p. 50).
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

En Argentine, à partir de 1976, toutes les initiatives concernant le passage d'une psychiatrie asilaire à une psychiatrie communautaire et sociale ont été complètement avortées par 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 90, 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 dans 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 Ménendez a appelé le « modèle médical hégémonique » [16], 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

1 de l'Accueil Psychiatrique dans les Systèmes Locaux de Santé »⁵ qui a marqué un tournant dans
2 l'histoire de la psychiatrie en Amérique Latine. Plusieurs points sensibles sont mis en lumière :
3
4 les malades hospitalisés sont isolés et souvent mal accueillis -dans le non-respect parfois des
5 droits fondamentaux-, l'activité et les moyens financiers se concentrent à l'hôpital, il n'y a pas
6
7 de structures extrahospitalières, il y a un déficit en termes de prévention et formation à la santé
8
9 mentale. En quelques mots, l'état de l'hôpital rend le patient malade et socialement handicapé.
10
11 Cette déclaration ne prônait pas nécessairement une fermeture définitive des hôpitaux
12
13 psychiatriques, mais leur remplacement comme « centre hégémonique » et unique alternative
14
15 de prise en charge. C'est-à-dire, elle prônait plutôt leur intégration dans un système de santé
16
17 mentale plus large afin de ne pas contribuer à l'isolement et à la marginalisation des malades.
18
19
20
21
22
23
24

25 A partir de ce constat, l'OMS et l'OPS ont proposé, en 1991, une stratégie fondée sur
26
27 l'accueil primaire en santé mentale avec l'objectif de conquérir une « santé pour tous » dans les
28
29 années 2000. Cette stratégie devait se fonder sur un accueil décentralisé, préventif et participatif
30
31 dans les systèmes locaux de santé (SILOS) en impliquant une forte critique du rôle
32
33 hégémonique et centralisateur de l'assistance dans l'hôpital psychiatrique. L'effort dans
34
35 l'amélioration de l'accueil des patients revendiquait le respect des droits des malades mentaux.
36
37 Ces droits ne pouvaient pas être limités, sauf pour éviter un danger imminent pour la santé de
38
39 la personne, pour sa sécurité ou celle d'un tiers. L'accueil ne se réduisait pas à l'approche
40
41 médicale-psychiatrique mais incluait désormais d'autres professionnels de la santé
42
43 (psychologues cliniciens, infirmiers, assistants sociaux, etc.). Le travail pluridisciplinaire
44
45 devenait la règle et les procédés restrictifs étaient fortement déconseillés.
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

57 ⁵Le médecin argentin Mauricio Goldemberg s'était exilé à Caracas à la fin des années soixante-dix. Il a travaillé
58 dans le secteur public pendant des années en promouvant une psychiatrie « ouverte et sociale ». Son travail a
59 fortement marqué cette convention internationale.
60
61
62
63
64
65

Les dix dernières années : judiciarisation ou dejudiciarisation?

Judiciarisation et demande de contrôle

En France, la loi du 11 juillet 2011, qui comporte un virage vers la judiciarisation des soins en psychiatrie [23], 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 consentements. Avec la loi du 11 juillet 2011, la notion de « soins » libres ou sous contraintes 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 [18].

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 72h à l'hôpital. L'hospitalisation n'est donc plus la forme exclusive de prise en charge en 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 24h et 72h 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 quinze jours qui suivent l'admission afin de renforcer les droits de la personne hospitalisée. Il peut lever immédiatement la mesure [8]. 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 » [22]. En effet, la législation française prévoit le consentement aux soins comme une condition indispensable à la prise en

1 charge thérapeutique. Exception psychiatrique et, idéalement, exception *en* psychiatrie ; ici les
2 soins sans consentement tiennent compte de la difficulté des certaines prises en charges liées
3 au « déni de troubles » et aux situations très compliquées dans lesquelles se retrouvent les
4 familles, les proches des patients mais aussi certains équipes soignants devant l'absence de
5 demande et la présence d'un danger pour le patient ou pour autrui.
6
7
8
9
10

11
12 L'entrée du juge des libertés à l'hôpital n'est pas la seule place réservée à la justice dans
13 le soin d'aujourd'hui et la pente de la judiciarisation dans laquelle elle est inscrite a provoqué
14 un double questionnement lié à « la responsabilité » : celle du patient et celle du médecin. La
15 situation est pour le moins paradoxale : la justice intervient pour protéger les patients des
16 internements abusifs en évaluant le travail des équipes en psychiatrie, tout en demandant aux
17 mêmes équipes d'augmenter leurs capacités prédictives en termes de dangerosité et des
18 passages à l'acte des patients. Cet interventionnisme, accompagné d'une demande croissante
19 de transparence, provoque des difficultés majeures dans les prises de décisions liées aux soins
20 mettant les équipes de psychiatrie dans « une place impossible », à la fois de soignants et
21 d'auxiliaires de justice.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 Concernant la responsabilité du patient, l'article 122-1 du nouveau code pénal établit
39 que les crimes comis par des personnes jugées irresponsables ne sont plus juridiquement
40 anéantis. Cela ouvre la possibilité de poursuites d'autres responsables impliqués, et implique
41 que l'impunité de celui qui a commis le crime n'est possible que dans les cas où il est jugé
42 « irresponsable au moment des faits » et non pas dans le cas d'une « irresponsabilité partielle ».
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Par ailleurs, avec le péril imminent permettant une application plus large des mesures
52 de contraintes, et la possibilité d'une contrainte en dehors de l'hôpital, au plus près de la vie du
53 patient, se pose la question de l'obligation du patient de s'impliquer dans sa santé mentale, qui
54 pourrait se présenter dès lors comme un impératif. En effet, la notion de contrainte ambulatoire
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

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 » ([3], p. 9).

En ce qui concerne la responsabilité de la psychiatrie (représenté socialement par le médecin psychiatre), l'actuelle dérive sécuritaire provoque un double discours: d'un côté, de plus en plus des 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 rapproche de ne pas utiliser suffisamment son pouvoir. Ce dernier point est spécialement ravivé par la surmédiation des faits divers liés aux *patients psy*. Entre une psychiatrie dite à la fois « liberticide » et « trop libérale » [25]. Comment articuler ici: soin, contrôle et prédiction ? Des termes impossibles à dialectiser.⁶

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 ?

A 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,

⁶L'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.

1 l'hospitalisation s'inscrit dans une logique de la *protection* et non pas de *répression*. Le mélange
2 de ces deux termes et la position des soignants vis-à-vis des patients que cela implique a été
3
4 longuement débattue par Foucault. Il s'agit d'une réflexion qui garde toute son actualité,
5
6 notamment vis-à-vis de la récente nouvelle place du pouvoir juridique dans la psychiatrie [9].
7
8
9

10 11 12 13 La déjudiciarisation et la décentralisation argentine 14 15

16
17 La situation en Argentine est toute autre. Les politiques de santé mentale en Amérique
18
19 Latine ont été largement influencées à partir du 2005 par le bilan dressé dans les « Principes de
20
21 Brasilia ». Ce document est une des conséquences des expériences réussies liées aux
22
23 développements de réseaux communautaires de santé mentale au Brésil, Chili, Mexique, Cuba,
24
25 Belize, Jamaïque, El Salvador, Nicaragua, Guatemala et Panama. L'Argentine n'y figure pas.
26
27 L'insuffisance des structures alternatives à l'hôpital psychiatrique est encore pointée comme un
28
29 problème majeur, ainsi que l'augmentation de la vulnérabilité psychosociale des patients,
30
31 notamment des enfants et des adolescents. De manière semblable au mouvement français de
32
33 l'après-guerre, en Argentine c'est un collectif assez hétérogène de professionnels (en lien avec
34
35 la santé mentale) engagés et dérangés par l'état des lieux dressé à la fin des années 90 qui
36
37 propulseront l'articulation d'une clinique plus sociale.
38
39
40
41
42
43

44
45 Sur ces bases, la nouvelle loi nationale de Santé Mentale argentine a été votée en 2010
46
47 et dès lors *devrait* s'appliquer dans tout le territoire national. Le conditionnel utilisé ici n'est
48
49 pas sans importance, dans l'actualité l'Argentine peine à appliquer les principes promus par
50
51 ladite loi. Malgré son caractère encore théorique il est important de signaler qu'elle est
52
53 intervenue après la loi de 1983, qui aspirait à réguler et réglementer l'internement des personnes
54
55 en établissements de santé mentale. Cette loi avait vu le jour avec le retour de la démocratie,
56
57 après l'horreur des disparitions de milliers de personnes pendant la dictature.
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

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 dans 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.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

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 essayés 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

1 qui réévaluera la situation. Le pouvoir du juge est aussi révisé par cette équipe pluridisciplinaire
2 de manière permanente.
3
4
5
6
7

8 Conclusion 9

10 Dans les deux pays, les nouvelles lois votées et leurs tentatives d'application visent à
11 homogénéiser les prises en charge en psychiatrie mais surtout à veiller au respect des droits des
12 malades ainsi qu'à la transparence liée aux informations les concernant. Force est de constater
13 que la progressive réglementation de la santé mentale dans les deux pays a permis d'améliorer
14 la qualité de vie et d'assurer le respect des droits des patients à l'hôpital. Dans les deux pays
15 aussi, un désir de changement du côté des cliniciens travaillant en institution (dont beaucoup
16 d'orientation analytique prônant une psychiatrie communautaire et plus humaine) a été à
17 l'origine de ce mouvement.
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31
32 Contrairement à la situation française et européenne de manière générale, il semblerait
33 que cette nouvelle loi argentine avance dans le sens d'une déjudiciarisation des soins en
34 psychiatrie. Avant, il était fréquent que les juges ordonnent l'hospitalisation, allant même
35 jusqu'à la menace de mettre en garde à vue le médecin responsable en cas de non-exécution de
36 l'ordre! Ainsi les juges pouvaient faire interner des personnes sans avis médical, avec le seul
37 motif de la protection de l'ordre public. Même si dans la pratique l'application de la nouvelle
38 loi en Argentine voudrait réduire les internements sous contrainte, le défi est maintenant celui
39 de la création de structures d'accueil en dehors de l'hôpital et insérées dans la communauté.
40 Les questions financières, les préjugés sociaux et surtout les organisations institutionnelles ne
41 suivent pas forcément la même logique de transformation. Depuis sa naissance, la psychiatrie
42 argentine a suivi « le modèle européen » et aujourd'hui, ne serait-ce qu'en termes des
43 réglementations, elle s'est écartée de ce modèle. Il reste néanmoins le constat de l'extrême
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

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 des 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 décloisonnement 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 60. Le fou pourrait-il ainsi être dessaisi de la folie en devenant un « citoyen », ou même un « usager » ?

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

[1] Carpintero, E., Vainer A. Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969. Buenos Aires: Topía; 2004.

[2] Chiarvetti S. "La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental". Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII Agosto 2008 : 173-182.

1 [3] Couturier M. « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie
2 disciplinaire à la psychiatrie de contrôle ». Revue de droit sanitaire et social. 2012 (1)
3

4
5 [4] Dagfal A. Entre París y Buenos Aires: La invención del psicólogo (1942-1966). Buenos
6 Aires: Paidós ; 2009.
7

8
9
10 [5] Dagfal, A. Psychanalyse et psychologie. Paris, Londres, Buenos Aires. Paris: Campagne.
11 Première ; 2011.
12

13
14 [6] Daumezon G. (sous la direction de). Cinquantenaire de L'Hôpital Henri Rousselle, 1922-
15 1972. Tours : Imprimerie-Reliure Maison Mame, Laboratoires Sandoz ; 1973.
16

17
18 [7] Delion P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la
19 psychiatrie institutionnelle. Paris: Dunod ; 2011
20

21
22 [8] Fauconier J., Bénézech M., Hitier F., Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés
23 et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. Annales Médico-
24 Psychologiques 2015 : (173) 627-628.
25

26
27 [9] Foucault M. Les Anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975). Paris: Hautes Etudes
28 Gallimard Le Seuil; 1999.
29

30
31 [10] Galende, E. 1990. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.
32 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós.
33

34
35 [11] Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française. L'Evolution
36 Psychiatrique 2014 ; 79 (1) : 134–141.
37

38
39 [12] Garrabé J. La mondialisation de la psychiatrie et la Société Médico-Psychologique.
40 Annales Médico-Psychologiques 2012 ; (170): 415-422.
41

42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2 [13] Goldenberg M. 1958. Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país. *Acta*
3 *Neuropsiquiátrica Argentina* (4) : 401-410.

4
5 [14] Guellec A. Réforme des soins psychiatriques sans consentement, de la rénovation à
6 l'imperfection. *Revue Hospitalière de France* 2011 ; (542).

7
8 [15] Hesnard A. et Laforgue R. (sous la dir. de). Avant-Propos. L'Evolution Psychiatrique,
9 Psychanalyse – Psychologie Clinique 1. (1925) 7-10.

10
11 [16] Menéndez E. L. 1988. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas
12 Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo 1988. Buenos Aires : 451-
13 464.

14
15 [17] Minard M. Considérations sur la psychiatrie de secteur en France. *Sud/Nord* 2006/1 no 21.
16 Paris : Eres.

17
18 [18] Mondoloni A., Buard M., Nargueot J., Vacheron M.-N. Le péril imminent dans la loi du 5
19 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale* 2014 (40) : 468-473.

20
21 [19] Moullec G., Samuelian J.-C., Vigneron E. Territoires et Psychiatrie en Bouches du Rhône.
22 *Gestions Hospitalières* 2009; (489).

23
24 [20] Ottaviano M.-L. La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud
25 mental. *Revista Electrónica de Psicología Política* 2011 ; (9) 26 : 44-52.

26
27 [21] Oury J. Psychothérapie institutionnelle : transfert et espace du dire. *L'information*
28 psychiatrique 1983 ; (59) : 413-423.

29
30 [22] Rossini K., Senon J.-L., Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements
31 éthiques, contraintes et justice procédurale. *Annales Médico-Psychologiques* 2016 (sous
32 presse). Available from URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.039>

1
2 [23] Rossini K., Senon J.-L., Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises
3 de soins sans consentement. L'Evolution Psychiatrique 2015 ; (80) : 209–220.
4

5 [24] Roudinesco E. Histoire de la psychanalyse en France. Vol.2. 1925-1985. Paris : Seuil.
6
7 1986.
8

9
10 [25] Senon J.-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre
11 psychiatrie et justice. L'Evolution Psychiatrique 2005 ; (70) : 117–130.
12
13

14 [26] Stagnaro J.-C. La réception des idées de la clinique psychiatrique française à Buenos Aires
15 dans la seconde moitié du XIXème siècle. Actes du VIème congrès de l'EAHP, Paris,
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Septembre 2005. Available from: URL : www.psy.francoarg.asso.free.fr

[27] Stagnaro J.-C. Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la
Argentina. Universidad de Buenos Aires. FRENIA Vol VI-2006.

[28] Vezzetti H. 2015. Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la
guerra fría. Buenos Aires: Siglo XXI.