

L'enfermement en psychiatrie

Colette Westphal

Quand la psychiatrie passe sous les feux de l'actualité, c'est souvent pour en dénoncer, à juste titre, un manque de moyens, devenu criant après la période Covid, mais aussi un manque irresponsable d'anticipation, lourd de conséquences. La polémique enfle dès que se produisent des actes violents commis par des malades mentaux. Malgré les statistiques prouvant que la criminalité n'est pas plus élevée chez les schizophrènes que dans l'ensemble de la population, la folie véhicule dans l'imaginaire collectif une dangerosité potentielle que les pouvoirs publics ne prendraient pas suffisamment en compte. « Pourquoi a-t-il été laissé libre ? » s'indigne la presse au décours d'un homicide dont l'auteur est porteur d'antécédents psychiatriques. A-t-on oublié que l'indignation se cristallisait jusqu'il y a peu sur les enfermements qualifiés d'abusifs ou arbitraires ? Dans les années 1960-70, régnait alors la dénonciation de l'internement psychiatrique pour les dissidents politiques, les génies rebelles, les auteurs de troubles à l'ordre public ou à la réputation familiale. Avec l'assurance de rester dans l'ombre longtemps, très longtemps, comme ce fut le cas pour Camille Claudel, internée en 1913 jusqu'à sa mort en 1943. Il est des domaines où les mesures prises sont régulièrement critiquées au motif d'être soit excessives, soit insuffisantes : la police, la justice et la psychiatrie. Trois domaines qui ont en commun la tension entre liberté et sécurité, entre individu et société, avec des limites de compétences de plus en plus floues, mises à mal par des problématiques nouvelles. Ainsi, quel sort réserver aux jihadistes condamnés en fin de peine ? La radicalisation ne figure pas dans la classification des troubles psychiatriques, mais ne faut-il pas être porteur d'une pathologie mentale pour passer à l'acte ? On le voit dans l'opinion publique, la tentation est grande de demander davantage d'enfermement, qu'il soit carcéral ou asilaire.

Mon propos se donne pour objectif d'initier une réflexion sur l'enfermement des personnes, basée sur les travaux incontournables de Michel Foucault, mais aussi sur mon expérience de la pratique psychiatrique. Pour élargir le sujet, je mettrai en perspective des formes disparates de réclusion que sont la clôture monastique, la détention carcérale et l'internement psychiatrique à travers leurs lieux, leurs modalités et leurs buts. Car dans les trois cas, l'enfermement répond à une stratégie paradoxale, à la fois coercitive et émancipatrice, punitive et réparatrice, sur une ligne de crête incertaine.

Les lieux de l'enfermement

Destinée à marquer une séparation entre les espaces, une ségrégation entre les personnes, la réclusion concerne des lieux hétérogènes du domaine religieux, sanitaire ou pénitentiaire. C'est pourquoi des changements d'affectation ont pu se produire au fil du temps, dont je retiendrai quelques exemples régionaux. À Dijon, la Chartreuse de Champmol, avec son magnifique Puits de Moïse, fondée au XIV^e siècle pour devenir la nécropole des ducs de Bourgogne et démantelée après la Révolution, abrite de nos jours un centre hospitalier spécialisé. Sans passer par l'option psychiatrie, l'abbaye de Clairvaux constitue un cas remarquable dans l'histoire des lieux clos. Venu de Cîteaux avec quelques moines défricheurs, saint Bernard s'y installe en 1115, en édifiant d'abord des cabanes en bois puis un monastère en pierre d'une architecture romane dépouillée. En 1791, le Code de procédure pénale introduit la privation de liberté, et le monastère est transformé en centrale pénitentiaire par Napoléon 1^e en 1808. Henry d'Arbois de Jubainville, qui fut archiviste du département de l'Aube, raconte, dans un beau style lyrique, sa visite du site cistercien le 17 juillet 1858. Venu

de Troyes en train, il arrive dans une vallée riante entourée de coteaux et aperçoit le mur d'enceinte. Il imagine l'édifice « encore peuplé de ces moines austères vêtus de longues robes grises comme d'autant de linceuls, et qui, morts au monde, savaient trouver à Clairvaux, dans le travail, la méditation et la pénitence, une seconde vie plus belle et plus douce que la première, un avant-goût des joies du paradis. Mais voici la porte d'entrée, un soldat de ligne en faction, l'arme au bras, me tire de ma rêverie [...] Ce n'est pas un abbé de Clairvaux que je viens visiter [...] C'est le directeur de la maison centrale de détention de Clairvaux. Ce titre résume la révolution qui s'est faite. » Il assiste à la récréation d'un groupe de détenus, tous vêtus de gris et silencieux sous le regard vigilant d'un gardien armé. « Le même silence absolu qu'au temps de saint Bernard » note l'auteur, avec une différence fondamentale : « c'est le silence de la contrainte qui a succédé au silence de la liberté ». Les lieux n'ont pas changé, on y retrouve dortoirs, réfectoire, infirmerie, bibliothèque, ateliers. Pour autant tout a changé : « Les successeurs des moines bernardins sont chastes par force, pauvres par force, obéissants par force, silencieux par force. » La contrainte carcérale a remplacé la règle monastique consentie. On verra que cette bipartition entre contrainte et consentement, coercition et libre choix, n'est pas si simple à définir en pratique ni à penser en termes éthiques, notamment dans le domaine psychiatrique.

À Nancy, chacun connaît la sombre réputation de Maréville, que les changements de dénomination n'ont pas vraiment améliorée : asile d'aliénés, hôpital psychiatrique, CPN (Centre psychothérapique de Nancy), CHS (Centre hospitalier spécialisé), les acronymes visant à invisibiliser la spécialité en question. L'histoire du lieu est bien documentée et se divise en quatre périodes, selon la présentation que Théophile Archambault a publiée dans les *Mémoires de la Société des Sciences, Lettres et Arts de Nancy* en 1847. Maréville existe grâce à une généreuse donatrice dans une fin de XVI^e siècle, marquée par les guerres, la misère et la peste. Anne Fériet, veuve sans enfant, lègue à la ville une somme importante destinée à construire un hôpital pour les pestiférés indigents (auparavant confinés dans des cabanes en planches), avec rente pour l'entretien et dotation d'une chapelle. La bienfaitrice meurt en 1604, mais tout est en place quand survient l'épidémie de peste qui ravage Nancy dans les années 1630.

Quand la fonction de lazaret n'est plus d'actualité, le duc Léopold décide en 1714 d'affecter le clos de Maréville à un autre usage, celui de renfermerie ou maison de correction, et lui adjoint une manufacture de bas de laine. On y enferme « les jeunes gens vicieux » (la terminologie est celle de Christian Pfister), par lettre de cachet ou à la demande des familles ainsi que les jeunes indigents oisifs. On voit s'amorcer la place du travail comme principe d'ordre et de moralisation. Les conditions sont rudes et les pathologies mentales fréquentes. Une troisième période (1749-1794) s'ouvre sous l'impulsion de Stanislas qui veut favoriser l'éducation des enfants pauvres ou déviants, et fait appel aux Frères des Écoles chrétiennes, avec charge d'appliquer les obligations voulues par Anne Fériet. Les Frères réalisent de nouvelles constructions, installent un noviciat, recrutent des pensionnaires en correction, mais aussi des pensionnaires libres et de nombreux aliénés dans un quartier spécial. Après le départ des Frères en 1794, Maréville retrouve une vocation hospitalière, non au sens actuel, mais dans une acception large du soin, où la fonction d'accueil prime sur la visée thérapeutique, à laquelle participent les sœurs de Saint-Charles.

Les dévolutions successives des lieux d'enfermement ne sont pas seulement conjoncturelles. Elles traduisent une porosité entre pénitence, exclusion et soin. N'oublions pas que la folie a existé bien avant la psychiatrie, et que la lèpre, avant la découverte de son origine bactérienne, regroupait des pathologies épidémiques attribuées à des forces diaboliques ou à un châtement divin. Le lépreux, dont le corps se couvre de taches et de pustules, et plus tard le pestiféré, exhalant ses humeurs corrompues, sont considérés comme impurs au sens biblique, d'une impureté à la fois physique et spirituelle. Dans l'imaginaire

collectif, la figure de l'aliéné envoyé « chez les fous » n'est pas sans évoquer celle du lépreux ou du pestiféré relégué à l'écart des villes.

Les modalités de l'internement psychiatrique

Les malades mentaux ont-ils toujours été enfermés ? Les avis ne sont pas unanimes et certains auteurs contestent le « Grand Renfermement » dont Michel Foucault fait un point de bascule au moment de la création de l'Hôpital général en 1656. Pour la clarté de la présentation, je garderai ce repère en le faisant suivre de trois autres dates symboliques : 1792, avec Pinel et la naissance de l'asile, 1838, pour la loi qui réglemente l'internement, et 1952, qui correspond à la découverte du Largactil et au déclin de la réclusion asilaire.

1656 : le Grand Renfermement

Pour en mesurer la portée, il convient de commencer par un état des lieux avant son adoption. Pendant la période médiévale et à la Renaissance, la folie bénéficiait d'une forme de positivité : l'image burlesque du bouffon, le thème du voyage illustré par la Nef des fous, la folie de la Croix chez saint Paul, également la positivité d'un accès à la vérité pointée par Érasme dans son Éloge de la folie. Néanmoins, il ne faudrait pas idéaliser la tolérance et la charité dont bénéficiaient les miséreux. Dans les campagnes, le fou avait sa place dans la famille, qui en était responsable, mais parfois relégué dans un réduit et maltraité. Dans les villes, le fou perturbateur pouvait être emmuré dans une tour d'enceinte ou la pile d'un pont, au même titre que les réclusions volontaires à motivation religieuse. Enfin, la condamnation pour sorcellerie a envoyé au bûcher son contingent de malades hallucinés ou mélancoliques.

Ces restrictions étant rappelées, il n'en reste pas moins que le XVII^e siècle voit la représentation de la folie évoluer et fonder des approches coercitives. Le fou devient l'insensé, celui qui a perdu la raison et se fourvoie dans l'erreur. Dans les Méditations, Descartes l'exclut de toute pensée rationnelle : « Comment est-ce que je pourrais nier que ces mains et ce corps sont à moi, si ce n'est peut-être que je me compare à certains insensés, de qui le cerveau est tellement troublé et offusqué par les noires vapeurs de la bile qu'ils assurent constamment qu'ils sont des rois alors qu'ils sont très pauvres, qu'ils sont vêtus d'or et de pourpre lorsqu'ils sont tout nus, ou qu'ils s'imaginent être des cruches ou avoir un corps de verre ». La folie est à ses yeux négativité de la raison et impossibilité de la pensée. De fait, le fou ne se distingue pas des déviants et autres libertins qui menacent l'ordre public. La création de l'Hôpital général à Paris ne s'inscrit pas dans une visée soignante mais avant tout sociale, d'assistance et de répression, destinée aux vagabonds, mendiants, correctionnaires et insensés perturbateurs. Le travail y est obligatoire pour les valides, dans sa double dimension de châtement par le labeur et de rachat par la pénitence. La perte de la raison met à jour la part d'animalité de l'insensé et justifie l'usage du dressage pour en restaurer un semblant d'humanité.

1792 : Pinel libère les aliénés de leurs chaînes

L'épisode, en partie hagiographique, constitue le mythe fondateur de la psychiatrie. La légende veut que le redoutable inspecteur Couthon, visitant le quartier des agités à Bicêtre, s'adresse avec effroi à Pinel : « Est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ? » Ce à quoi Pinel aurait répondu avec calme : « J'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté ». Le geste libérateur du médecin Philippe Pinel n'aurait pas eu lieu sans la collaboration d'un homme du peuple talentueux, Jean-Baptiste Pussin, qui occupe la fonction de « gouverneur des insensés ». Au

contact quotidien des malades, Pussin possède un sens aigu de l'observation et développe des stratégies empiriques pour calmer les furieux, fondées sur la patience et la bienveillance. Ce que la légende passe sous silence, c'est le contexte qui précède et entoure la libération des enchaînés. Un mouvement philanthropique se déploie en France mais aussi dans les pays anglo-saxons pour humaniser le sort des marginaux. Par ailleurs, la représentation de la folie évolue à nouveau. L'insensé privé de raison devient l'aliéné, c'est-à-dire un être raisonnable rendu partiellement étranger à lui-même et aux autres. Hegel formulera ainsi l'enseignement de Bicêtre dans l'Encyclopédie des Sciences philosophiques : « Le véritable traitement psychique s'en tient à cette conception que la folie n'est pas une perte abstraite de la raison [...] mais un simple dérangement d'esprit, une contradiction dans la raison qui existe encore... ». Il y a un sujet derrière sa folie, donc une relation intersubjective avec le soignant. Sur cette base, Pinel théorise le traitement moral de l'aliéné, qui s'oppose aux traitements physiques utilisés auparavant (bains, saignées, purgatifs). Même si la contention reste parfois nécessaire, il reconnaît à la parole un effet thérapeutique, dont la visée normative sera critiquée ultérieurement. Après Bicêtre, Pinel se voit nommé « médecin des folles » à la Salpêtrière, tout en menant un travail de classification des maladies mentales.

La loi du 30 juin 1838 et ses aménagements ultérieurs

Anticipant l'évolution de la folie internée à la folie soignée, Doublet et Colombier avaient fait paraître dès 1785 une « Instruction sur la manière de gouverner et de traiter les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés ».

Après 1789, l'abolition de la lettre de cachet et la fermeture des maisons religieuses laissent un chaos institutionnel dans l'enfermement pour cause d'aliénation mentale. Celle-ci, étant de plus en plus assimilée à une maladie, le législateur se trouve dans la nécessité de concilier dimension soignante, préservation de la sûreté publique et coût financier des indigents. La « loi des aliénés » de 1838 prévoit dans chaque département un établissement dédié qui ne soit pas la prison et deux modalités d'internement : le placement volontaire, qui, malgré son intitulé, ne répond pas à la volonté du malade mais à la demande d'un tiers (membre de la famille ou de l'entourage), validée par un certificat médical circonstancié et le placement d'office sur ordre motivé du préfet.

La loi du 27 juin 1990 apporte quelques aménagements mineurs aux hospitalisations sans consentement, qui restent sous l'autorité administrative informée par un double avis médical, et prévoit une commission départementale pour les cas litigieux. La loi Kouchner de 2002, relative à l'obligation pour tout médecin d'informer le patient sur son état et d'obtenir son consentement aux soins, interroge de fait les mesures d'internement. Tout en gardant l'esprit de la loi, le législateur prévoit une réserve lorsque la pathologie mentale rend impossible un consentement libre et éclairé. De même, face à un risque suicidaire avéré, l'intérêt du patient autorise à passer outre un refus de soins.

La loi du 5 juillet 2011 met l'accent sur les droits et la protection des personnes. L'hospitalisation à temps complet n'étant plus impérative, on parle de « soins sans consentement » pour y inclure des modalités alternatives. Surtout, la loi institue un contrôle systématique des décisions administratives et médicales par le juge des libertés et de la détention. Les modifications législatives reflètent l'évolution paradoxale des mentalités, rétives aux mesures coercitives mais exigeantes en termes de sécurité.

1952 : la découverte du Largactil

Après la Seconde Guerre mondiale, la recherche pharmacologique met au point des molécules dont les effets sédatifs très puissants permettent de calmer les états d'agitation et les délires

aigus. Deux psychiatres français, Delay et Deniker, expérimentent le plus représentatif de ces médicaments psychotropes, commercialisé sous le nom de Largactil, qui modifie radicalement la vie asilaire. Les furieux cessent de gesticuler et de crier, les délirants hallucinés s'apaisent et la dangerosité régresse. Néanmoins, le miracle thérapeutique comporte des effets pervers, notamment celui de remplacer la camisole de force par une camisole chimique et de transformer le malade agressif en zombie inoffensif, certes, mais dévitalisé et robotisé, tout aussi inapte à vivre de manière autonome. Cette nouvelle pharmacopée sédatrice remet en cause l'enfermement psychiatrique et entre en résonance avec un courant contestataire des pratiques asilaires. Présenté par Esquirol, l'élève et successeur de Pinel, comme un instrument de guérison, l'asile est devenu une usine à fabriquer des malades chroniques, régentée par la figure toute-puissante du médecin aliéniste. C'est « l'apothéose du personnage médical », selon la formule percutante de Michel Foucault qui en dénonce la prise de pouvoir dans le climat positiviste de l'époque. Personnage qui observe, classifie, rectifie les pensées, jugule les passions et normalise les comportements. L'allégeance supposée à l'ordre social et moral constitue, dans les années 1960, le fer de lance de l'antipsychiatrie, pour qui c'est d'abord l'institution asilaire qu'il convient de soigner. Les hôpitaux psychiatriques se vident, au profit de structures légères implantées au cœur des villes et dédiées à des soins ambulatoires. Projet ambitieux dont l'application précipitée jette à la rue nombre de schizophrènes en déshérence pour qui la prison devient un lieu de vie totalement inadapté. De nos jours, la psychiatrie hors les murs avance dans la mise en place de dispositifs alternatifs à l'enfermement, avec une visée plus émancipatrice que sécuritaire.

La contestation des internements traduit aussi les influences intellectuelles (Nietzsche) et artistiques (Antonin Artaud) qui remettent à l'honneur la créativité subversive de la folie. Pour sa part, la psychanalyse est née de l'hypnose, non de l'asile, mais sa diffusion permet de penser autrement le fonctionnement institutionnel et la relation médecin-malade, en restituant au patient un savoir sur son état et des compétences dans la démarche thérapeutique.

Buts et fonctions de l'enfermement

Il est temps d'explorer, en trois points, la finalité du rapprochement entre clôture monastique, détention carcérale et internement asilaire, que tout semble opposer.

La privation de liberté

En psychiatrie, la première entrave à la liberté de penser et d'agir résulte de la maladie elle-même. Le délirant terrifié par des voix hostiles, l'obsessionnel obligé de vérifier ses robinets et ses serrures, le mélancolique réduit à la noirceur de ses perceptions, le toxicomane en manque vivent enfermés dans des schémas répétitifs auxquels ils ne peuvent déroger. Le terme « addiction » est éloquent à ce propos. Issu du latin *addictus* qui signifie « adonné à », l'addiction désignait en droit romain la contrainte par corps imposée à un débiteur incapable de payer ses dettes et réduit à devenir esclave de son créancier. D'abord appliqué à l'usage de drogue, le concept s'est étendu à d'autres domaines, tels l'addiction aux jeux, au sexe ou au sport. Dans tous les cas, les thérapies de réduction des dépendances comportent une rupture avec l'environnement habituel et l'instauration de règles contraignantes. C'est un passage obligé pour gagner en véritable liberté intérieure et sortir des conditionnements nocifs.

À première vue, la privation de liberté serait la finalité de la prison, où le condamné purge la peine prononcée par l'instance judiciaire, alors qu'elle ne serait qu'un moyen d'élévation spirituelle au monastère ou de traitement des troubles mentaux à l'asile. En réalité, les lieux clos possèdent toujours une double fonction de protection et de progression, où la dimension punitive s'insinue à des degrés divers.

Enfermement subi ou choisi

Personne ne choisit l’incarcération, tout du moins consciemment, exception faite pour certaines formes de récidives assimilables à des conduites d’échec. Suivant les époques, le consentement à la clôture monastique a pu relever de motivations diverses, parfois plus temporelles que spirituelles : tantôt refuge pour fuir un mariage arrangé, tantôt lieu valorisé où cultiver son narcissisme, ou encore endroit discret pour laver le déshonneur d’une mauvaise réputation. En dehors des couvents s’est développée la pratique féminine de la réclusion, une sorte d’équivalent, en milieu urbain, de l’érémitisme masculin, en plus exigeant. Tradition popularisée par la littérature et l’opéra. C’est la femme décharnée croupissant au fond de sa logette dans « Notre Dame de Paris ». C’est l’histoire de Thaïs, la belle courtisane égyptienne, convertie au christianisme, qui brûle ses biens et s’enferme pendant trois ans dans une méditation dont Massenet a composé une magnifique transcription musicale. C’est aussi l’histoire de Colette de Corbie, future sainte Colette, qui, au XV^e siècle, choisit une vie de recluse et initie la réforme des clarisses. L’entrée dans le reclusoir s’accompagne d’un office funèbre auquel succède la fermeture du local devenu tombe. Mort au monde pour un accès au ciel.

En milieu psychiatrique, l’hospitalisation sans consentement annonce clairement son caractère imposé. Néanmoins, des témoignages de patients montrent que l’isolement est parfois recherché pour son effet sécurisant. Temple Grandin, une universitaire américaine autiste, a été la première à publier, dans les années 1980, son expérience de vie et son invention thérapeutique. Chercheuse en comportement animal, elle constate que le bétail confiné dans une goulotte à pression avant vaccination cesse de s’agiter et se calme. Elle conçoit alors, avec l’aide de son thérapeute, une « machine à câlins » qui exerce des pressions profondes sur son enveloppe corporelle, capables de soulager ses angoisses. On pense évidemment à la réaction spontanée des parents de serrer dans les bras un enfant débordé par la peur ou la colère. En France, Josef Schovanec, lui aussi porteur d’un syndrome d’Asperger, décrit dans son autobiographie la recherche d’un espace exigü et isolé, type cagibi sous l’escalier, pour s’extraire d’un environnement où les stimulations sensorielles le percutent et l’agressent. L’enfermement peut être investi par le patient comme un cadre libérateur, paradoxe difficile à comprendre pour l’entourage.

Protection et amendement

Tout mur d’enceinte sépare deux espaces, le dedans et le dehors. Il protège les citoyens de la dangerosité des condamnés, les moines des tentations du monde, les malades mentaux contre eux-mêmes. Mais les choses ne peuvent pas en rester là, soit parce que l’enfermement contraint ne l’est que pour une durée déterminée, soit parce qu’il n’a de sens qu’intériorisé au profit d’un nouvel équilibre de vie. C’est dire que la protection participe d’un objectif plus large de transformation, d’amendement de la personne concernée. En milieu carcéral, la réparation des dommages se double d’une visée de réhabilitation personnelle et sociale du détenu. En milieu monastique, la clôture revêt une fonction à la fois pénitentielle et sanctificatrice. Jean de la Croix fait du retrait du monde, qu’il distingue de l’isolement, une voie vers la vie contemplative. En milieu psychiatrique, l’internement vise à émanciper le sujet des processus pathogènes qui le déterminent à son insu.

Par rapport à ces trois formes connues de réclusion, dans quelle case inscrire le confinement généralisé pendant l’épidémie de Covid en 2020 ? Les conséquences de ce dispositif sont encore à l’étude, mais il est certain qu’elles ont été délétères sur le plan de la santé mentale. Les phobiques ont renforcé leurs conduites d’évitement, les pessimistes leur catastrophisme, les méfiants se sont engouffrés dans les thèses complotistes et les adolescents

ont multiplié leurs connexions aux réseaux sociaux ! Sans prétendre faire le tour de la question, j'avancerai une hypothèse. Le confinement était fondé sur une exigence sanitaire, dont les mesures coercitives avaient pour seul horizon d'éviter la contagion. « Prenez soin de vous » était devenu le mot d'ordre qui régissait nos existences rétrécies. Mais la protection de soi ne construit pas un avenir, encore moins un idéal ; il y manque le désir d'une vie accomplie, avec sa part d'incertitude et de risques. Une vague espérance a laissé miroiter que la vie d'après serait meilleure, réconciliée avec la nature, plus sobre et contemplative. En réalité l'amendement n'a pas eu lieu et nous avons retrouvé la vie d'avant, en pire !

Qu'en est-il de nos jours ?

Deux constats se dégagent de ce qui précède :

L'histoire des lieux clos montre que la prison, qui remplace en matière pénale le supplice et le bannissement, porte dans sa conception des éléments hérités du fonctionnement monastique, et que l'asile d'aliénés s'apparente pour une part au cloître et à la prison. Le sort réservé aux malades mentaux dépend de la représentation qu'une société se fait de la folie. L'Occident y a vu tour à tour une manifestation du mal, une menace pour l'ordre social, un dérèglement des passions, un dysfonctionnement du cerveau. De nos jours, on assiste à un regard très ambivalent vis-à-vis des perturbations mentales. D'un côté la discrimination est condamnée au nom d'un droit à la différence et l'on aime à parler de profil atypique plutôt que de pathologie psychiatrique. Tendance qui se repère dans les films et les séries où doit figurer un quota de personnages « issus de la diversité », en l'occurrence porteurs d'un handicap physique, d'un Asperger ou d'une bipolarité ! L'intention est louable, mais son application dans la vie réelle ne suit pas. Le culte de la performance s'accommode mal des individus hors normes et l'exigence sécuritaire fait le reste. Combien de parents sont favorables à l'école inclusive, à condition que l'enfant à problèmes ne soit pas dans la classe du leur ! Combien de citoyens prônent le droit à circuler librement à condition de ne pas croiser la route d'un schizophrène agité !

C'est finalement la question de la dangerosité supposée qui fonde dans l'opinion publique actuelle la demande d'enfermements longs et si possible préventifs, parfois en contradiction avec le droit. Les experts en criminologie distinguent la dangerosité psychiatrique, liée à une maladie qui abolit ou altère le discernement (état délirant), et la dangerosité criminologique, qui relève de tendances au passage à l'acte (impulsivité, manque d'empathie) ; mais un risque n'est pas une certitude. Dans ce domaine, la collaboration entre le monde de la justice et celui de la psychiatrie s'avère indispensable et s'effectue dans la pratique du terrain, malgré les codes langagiers, les présupposés et les attendus parfois difficiles à concilier. Quant à la spiritualité, elle a déserté les monastères pour de nouveaux lieux et de nouvelles formes d'expression.

Pour conclure, revenons aux deux éléments d'architecture que sont les murs et les ponts. L'enfermement fait référence aux murs qui séparent et délient. N'oublions pas les ponts, qui unissent et relient, parce que les deux fonctions sont nécessaires tant à l'édification des villes qu'à la structuration des personnes.

Bibliographie

ARBOIS DE JUBAINVILLE Henri d', *Études sur l'état intérieur des abbayes cisterciennes, et principalement de Clairvaux, aux XII^e et XIII^e siècles*, Paris, A. Durand Éditeur, 1858.

ARCHAMBAULT Théophile, « Mémoire historique, statistique et médical sur l'asile d'aliénés de Maréville », *Mémoires de la Société des Sciences, Lettres et Arts de Nancy*, 1847, p. 329-450.

CYRULNICK Boris, LEMOINE Patrick (direction), *Histoire de la folie avant la psychiatrie*, Paris, Odile Jacob Poches, 2023, 248 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, 688 p.

GARRABÉ Jean (direction), *Philippe Pinel, Les Empêcheurs de penser en rond*, Synthélabo, 1994, 156 p.

HEULLANT-DONAT Isabelle et coll., *Enfermements. Le cloître et la prison (VI^e XVIII^e siècle)*, Paris, Editions la Sorbonne, 2010, 376 p.

PFISTER Christian, *Histoire de Nancy, 1902-1909*, tome 3, p. 12-16.

PFISTER Christian, « Maréville sous le duc Léopold », *Histoire de Nancy*, tome 3, appendice au chapitre V.

PFISTER Christian, « Histoire de Maréville depuis 1749 », *Histoire de Nancy*, tome 3, appendice au chapitre XVIII.

POSTEL Jacques, QUETEL Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012, 647 p.

VADOT Jacques, « Anne Fériet (1550-1604), bienfaitrice des hôpitaux de Nancy », *La lettre du Musée (AMFMN)*, Nancy, 2018, n°83, p. 1-4.