

L'internement en Belgique, entre autonomie et dangerosité : le cas des unités psychiatriques médico-légales

Sophie De Spiegeleir

p. 389-404

FULL TEXT

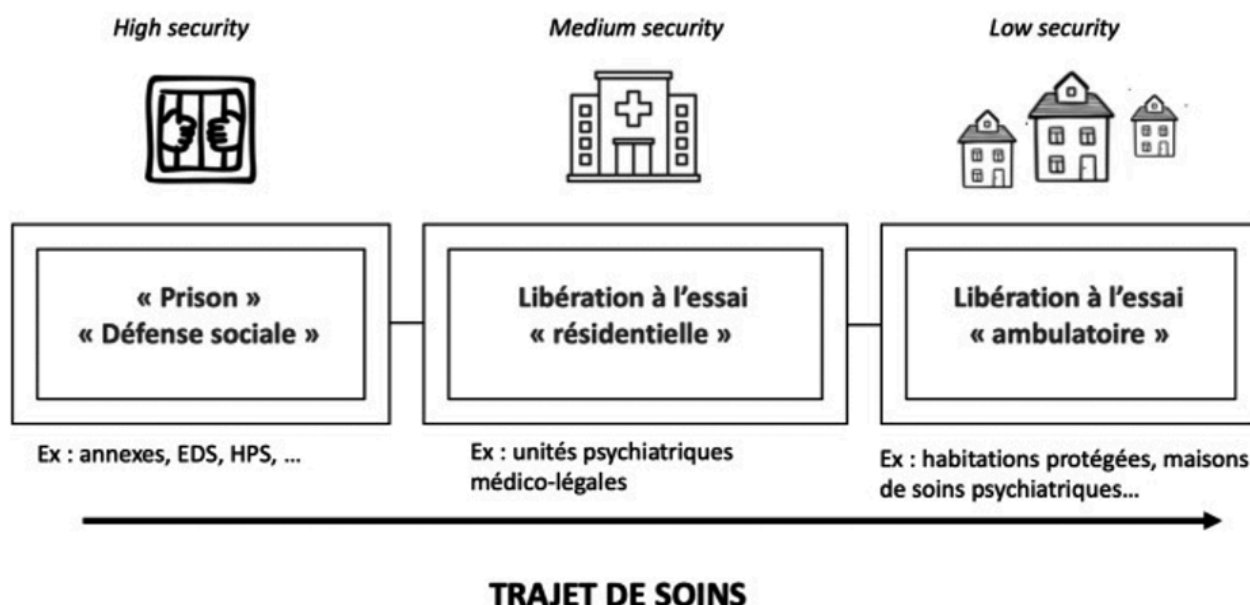
- 1 En Belgique, l'internement est une mesure de sûreté à durée indéterminée, qui prive de liberté ou restreint la liberté des personnes ayant commis une infraction pénale et déclarées irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental présent au moment de la décision judiciaire. Régie par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, la mesure vise un double objectif : d'une part, protéger la société d'individus présentant un potentiel de dangerosité et, d'autre part, dispenser à ces mêmes individus les soins nécessaires afin de préparer leur réinsertion sociale. Héritière de la philosophie de la « défense sociale », la mesure d'internement s'articule aujourd'hui autour d'un « trajet de soins » (TSI), au cours duquel la personne internée est amenée à intégrer des structures hautement sécurisées, de type carcéral ou de « défense sociale », et progressivement ensuite des structures d'accompagnement et de soins plus ou moins sécurisées, qui fonctionnent selon un régime résidentiel ou ambulatoire, avant d'envisager un retour dans la société. Tout au long du TSI, l'accent est mis sur les capacités de la personne internée à (re)conquérir son autonomie afin de pouvoir vivre en dehors des murs et être libérée de la mesure de sûreté. Cet idéal de vie autonome entre toutefois en tension avec les notions de risque et de dangerosité, qui caractérisent les personnes internées et ce, dans un contexte social où s'affirment de manière croissante le primat de la gestion des risques et de la protection de la société. Que signifie l'autonomie sur le terrain de l'internement ? Et comment les professionnels qui prennent en charge les personnes internées s'approprient-ils cette notion et l'opérationnalisent-ils en pratique ?
- 2 Pour tenter de répondre à ces questions, je propose d'éprouver la tension autonomie-dangerosité à la lumière d'une scène particulière, celle des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone. Sur la base d'une enquête ethnographique réalisée au sein de ce type de structure, j'analyse les façons dont les professionnels de ces unités appréhendent les notions d'autonomie et de dangerosité (I) et comment leur conciliation marque leur intervention (II).

Terrain et méthodologie

Dans les paragraphes qui suivent, les données empiriques mobilisées sont issues d'une thèse de doctorat en sociologie¹, qui s'intéresse aux différentes façons d'évaluer et d'intervenir auprès des personnes internées ainsi qu'aux différentes

« épreuves de professionnalité » qui en découlent (Ravon, Vidal-Naquet, 2018). À partir d'une approche pragmatique (Lemieux, 2018), l'analyse porte sur la façon dont les équipes rencontrées évaluent et prennent en charge une personne internée libérée à l'essai. La recherche s'appuie sur une enquête ethnographique menée au sein de deux unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone, entre les mois de mars 2021 et mars 2022. Sur les deux terrains, un comité d'éthique a préalablement approuvé la demande d'immersion. L'enquête s'est principalement déroulée auprès des professionnels et a consisté, d'une part, à observer leur travail *en train de se faire* et, en particulier, leurs réunions d'équipe et, d'autre part, à réaliser une série d'entretiens à visée compréhensive. Ceci n'a pas empêché de passer du temps « en salle » (salle de télévision, salle d'activités ludiques, couloir principal de l'unité) et d'échanger, de façon plus ponctuelle, avec les patients internés. Enregistrer les échanges observés n'a pas été autorisé, la récolte des données a donc consisté en une prise de note conséquente dans des carnets de terrain, qui ont ensuite été retranscrits et organisés à l'aide du logiciel NVivo. Par souci d'anonymat, tous les noms cités sont des noms d'emprunt.

I. Autonomie et dangerosité, les deux faces opposées d'une même pièce



Images : Shutterstock.

- 3 On peut représenter le trajet de soins *idéal-typique* de l'internement en trois stades successifs, comme suggéré sur le schéma ci-dessus. D'abord, les personnes internées sont « placées » au sein de structures carcérales et/ou hautement sécurisées. Dans les faits, celles-ci peuvent être une section ou un établissement de défense sociale, un hôpital psychiatrique sécurisé ou encore un centre de psychiatrie légale. À défaut de places disponibles au sein des lieux de placement, il arrive que des personnes internées

soient illégalement maintenues en annexe psychiatrique de prison pour une durée indéterminée². Ensuite, le parcours d'internement se poursuit avec la libération à l'essai. Cette étape probatoire en vue d'accéder à la libération définitive et à la réinsertion sociale est octroyée par la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines (CPS), l'instance judiciaire en charge du contrôle de l'exécution de la mesure d'internement. Pendant la libération à l'essai, la personne internée est soumise à des conditions légales, générales ou spécifiques, qui encadrent le délai d'épreuve. Parmi ces conditions peut figurer l'obligation d'être pris en charge au sein d'un lieu résidentiel de soins de santé mentale, comme une unité psychiatrique médico-légale (UPML). Enfin, la libération à l'essai se prolonge généralement en milieu plus ouvert : la personne internée intègre des structures de plus petite taille et dont l'encadrement professionnel est plus souple ; par exemple, au sein de maisons de soins psychiatriques (MSP) ou d'initiatives d'habitation protégée (IHP). L'internement prend fin lorsque la libération définitive est accordée. Cette représentation du TSI n'a évidemment pas vocation à montrer toutes les spécificités de celui-ci. Par exemple, il arrive parfois que la libération à l'essai soit directement accordée sans qu'un « placement » n'ait eu lieu.

- 4 Dans cette configuration, la position intermédiaire des UPML est intéressante : intervenant après le passage par des lieux à sécurité renforcée (la prison, un établissement de défense sociale, un hôpital psychiatrique sécurisé, *etc.*) et avant des lieux de soins qui présentent un plus faible niveau de sécurité, s'y joue l'amorçage du travail d'autonomie, qui consiste à préparer la personne internée à se réinsérer (1). Dans le contexte particulier de ces unités, l'autonomie signifie quelque chose de précis. L'enquête ethnographique menée au sein de deux UPML en Belgique francophone montre, d'une part, que la délicate question de la responsabilité, comprise dans un sens moral, est centrale dans le travail d'évaluation des professionnels (2) et, d'autre part, que le contexte institutionnel de l'internement agit sur ces pratiques d'évaluation (3).

1. Les unités psychiatriques médico-légales : un sas pour évaluer et travailler l'autonomie

- 5 Mises sur pied dès les années 2000, suite à un appel à « projet pilote » émis par le ministère de la Santé publique, les unités psychiatriques médico-légales ou « UPML » sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques. Dans un climat marqué par le premier arrêt rendu trois ans plus tôt par la Cour européenne des droits de l'homme, qui dénonce la surpopulation et le manque de soins pour les personnes internées dans les annexes psychiatriques de prison (arrêt *Aerts*, 1998)³, la création d'UPML a pour objectif de « vider les annexes » et de favoriser l'insertion des personnes internées dans le circuit régulier des soins de santé mentale. Situées à la croisée du champ judiciaire et sanitaire, ces unités accueillent environ une trentaine de personnes internées adultes et qui se trouvent en libération à l'essai pour un séjour d'une durée moyenne d'un an et demi. S'il n'est pas évident de cartographier le nombre exact d'UPML implantées en Belgique (Nederlandt, Colette-Basecqz, Vansillette, Cartuyvels, 2018) en raison de la dénomination de certaines unités, on peut néanmoins estimer qu'il existe actuellement au moins

quatre unités semblables en Belgique francophone et trois en Belgique néerlandophone, c'est-à-dire des unités hospitalières qui hébergent la patientèle précitée.

- 6 Les UPML présentent un niveau moyen de sécurité (*medium security*), en ceci qu'elles accueillent des personnes internées dont le trouble mental est supposé stabilisé et le risque d'un nouveau passage à l'acte atténué. Les personnes internées qui résident au sein de ces unités peuvent généralement circuler à l'intérieur de l'hôpital selon un horaire précis et peuvent, moyennant l'autorisation d'un médecin-psychiatre, sortir de l'institution afin d'accomplir une activité *extra-muros* (un bénévolat, un moment en famille, une visite chez le dentiste, etc.). Dès lors, sorte de sas liminaire, la liberté des personnes est mise à l'épreuve dans la perspective d'une réinsertion future.
- 7 Le régime de ces unités s'apparente à de l'hospitalisation sous contrainte. Si les patients internés doivent « candidater » pour pouvoir y poursuivre une partie de leur libération à l'essai, ils n'ont pas forcément envie d'être là : une fois dans les murs de ces unités, leur liberté d'action et de mouvement est fortement contrariée. Quant à la sortie définitive de ces unités, c'est-à-dire la fin de l'hospitalisation, celle-ci dépend de la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines. À la différence des lieux de « placement » (prison, établissement de défense sociale, etc.), les UPML peuvent choisir leurs patients sur la base de certains critères. Ces derniers doivent présenter un diagnostic primaire de psychose, qui peut se combiner à un diagnostic secondaire d'assuétude, de trouble de la personnalité ou de handicap mental. Les unités n'admettent pas de personnes ayant commis une infraction à caractère sexuel. Et si en principe les unités sont mixtes, la grande majorité des patients qui y sont internés sont des hommes⁴. L'observation de l'évaluation du « traitement des candidatures » révèle que l'équipe attache une importance particulière aux capacités d'autonomie des futurs patients. En effet, plus un patient interné fait preuve d'un niveau suffisant d'autonomie et plus il est à même d'intégrer des lieux de soins plus ouverts et moins sécurisés. Une fois admis à l'unité, les professionnels vont alors tenter de travailler l'autonomie du patient afin de le préparer à la sortie et de lui permettre d'avancer dans le TSI. Sorte de tunnel transformatif, les unités visent à rendre la personne internée suffisamment autonome et à nouveau « capable » en vue d'une réinsertion sociale. Mais que signifie concrètement être autonome dans ce contexte particulier ?

2. L'autonomie en actes : la responsabilité morale ou le critère du « bon » patient interné

- 8 La notion d'autonomie occupe une place centrale dans les discours et les pratiques des professionnels des UPML : critère de la pertinence d'une sortie de l'hôpital, elle sert à évaluer l'évolution des capacités des patients. Dans la perspective d'une réinsertion sociale, en ce compris de poursuivre sa libération à l'essai en dehors des murs de l'hôpital et, ensuite, d'accéder à la libération définitive, les patients doivent, pour les professionnels, atteindre un niveau suffisant d'autonomie. L'enquête ethnographique a cherché à comprendre ce que recouvre la notion d'autonomie et ses dérivés pour les professionnels des UPML. Empruntant à la pensée de Ludwig Wittgenstein, l'idée est de prendre au sérieux la notion et de la rattacher à ses usages pratiques : l'autonomie *en*

actes. Le but est de mieux saisir la façon dont les professionnels l'utilisent et quel sens ils lui donnent en pratique quand ils s'y réfèrent (Wittgenstein, 2010, § 132 ; Marquis, 2019, 8).

- 9 Sur la base du matériau empirique récolté, l'autonomie peut être catégorisée à partir de trois dimensions : un patient interné autonome est capable de se débrouiller seul (se lever le matin, faire son linge, prendre ses médicaments, *etc.*), ce que je nomme *l'autonomie-indépendance* ; le patient interné autonome est aussi à même de pouvoir bien fonctionner en présence des autres et d'être « en lien » avec autrui (faire preuve d'humour, exprimer de l'empathie, participer aux activités thérapeutiques, *etc.*), *l'autonomie-socialisation* ; et, enfin, il fait preuve d'une réflexivité morale, notamment quant aux faits infractionnels commis (reconnaître les faits commis, se remettre en question, présenter des excuses, *etc.*), il s'agit de *l'autonomie-responsabilité*. La combinaison de ces trois référentiels (indépendance, socialisation, responsabilité), à l'aune desquels les professionnels évaluent continuellement les progrès du patient, révèle les critères du patient interné « idéal », c'est-à-dire celui auprès duquel, selon le jugement des professionnels, il est plus facile d'intervenir et qui, par conséquent, a plus de chance de se réinsérer.
- 10 Que l'autonomie attendue chez un patient revête une acception individuelle et relationnelle est assez classique dans la littérature en sciences sociales (Velpry, 2008 ; Marquis, 2019). Le terrain des UPML, entre soin et sécurité, amène une nouvelle dimension, d'ordre moral, qui veut que le patient réinsérable soit capable de faire la distinction entre le bien et le mal, de reconnaître ses actes, et de faire preuve d'une moralité suffisante afin de réintégrer la société. Celle-ci est particulièrement saillante à deux moments clés de l'intervention en UPML. D'une part, c'est au moment du « traitement des candidatures », en amont d'une admission au sein d'une UPML, que l'attitude morale et réflexive du patient interné qui se porte candidat apparaît comme l'un des critères d'évaluation les plus importants. D'autre part, une fois admis dans les murs de l'unité, l'idéal du patient *autonome-responsable* refait surface quand vient la question de la concrétisation du projet de sortie.
- 11 Les observations des réunions d'équipe permettent de préciser ce que les professionnels rangent dans ce troisième référentiel de l'autonomie : si le « bon » patient interné doit pouvoir parler des faits infractionnels et même les reconnaître, il doit également prouver qu'il ne va plus commettre d'actes de violence. Dès lors, il est attendu qu'il respecte les règles internes de l'unité, qu'il ne consomme pas de substances considérées illicites selon le règlement (principalement, l'alcool et la drogue), qu'il soit capable de reconnaître ses torts, *etc.* Par ce biais, la question de la dangerosité, apportée par le volet pénal de la mesure, est traduite ici en des termes d'acquisition de valeur morale par les patients : quand un patient prend conscience de la gravité de ses actes et qu'il agit en conséquence, l'équipe considère que la dangerosité ou le risque de violence et/ou de récidive est suffisamment réduit. Le niveau d'autonomie du patient interné est alors inversement proportionnel à son potentiel de dangerosité. Dans l'évaluation que les professionnels (se) font d'un patient, le fait que ce dernier se débrouille bien et soit

socialement actif, ne va en réalité pas suffire si des traits de dangerosité ou de risque potentiel de récidive et de violence apparaissent ; comme si, quand ils évaluent un patient, les professionnels engageaient eux-mêmes une responsabilité vis-à-vis du pénal, qui se traduit dans cette projection du patient réinsérable. Partant, autonomie et dangerosité apparaissent comme les versants opposés d'une même pièce : le patient réinsérable est autonome, à condition de ne présenter aucun risque pour lui-même ni pour les autres.

- 12 L'évaluation tout au long du séjour au sein de l'unité tend à le confirmer. Un patient est considéré comme suffisamment autonome si son projet de réinsertion est jugé réaliste et réalisable dans la mesure où il est sans danger. Les projets de vie ou de réinsertion des patients internés prennent généralement la forme d'un logement et d'une occupation journalière. Ce projet doit répondre à des attentes morales précises afin de prévenir une rechute infractionnelle. Les professionnels partagent une certaine vision de ce à quoi un « bon » projet est censé ressembler. L'idée est que le patient puisse se débrouiller sans l'intervention constante d'un tiers et s'épanouir dans un autre lieu de vie et/ou de soins tout en maintenant une activité bénévole ou professionnelle sur le long terme. Le bon projet de sortie doit être réaliste et à l'ambition bien dosée (Marquis, 2019). En pratique, s'il est attendu des patients qu'ils soient proactifs et créatifs, certains projets sont toutefois jugés inadaptés ou irréalisables, voire farfelus, par les professionnels. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un patient émet le souhait de vivre seul afin de pouvoir consommer des substances actives plus aisément.

3. Un contexte social qui pèse sur les évaluations

- 13 Dans l'évaluation de l'autonomie et de la dangerosité d'un patient interné, que celle-ci prenne place en amont, au moment des candidatures, ou en aval, afin d'envisager un projet de sortie, les professionnels des UPML ne disposent pas d'une marge de manœuvre pleine et entière : le contexte institutionnel de l'internement pèse sur leur pratique.
- 14 La pratique des professionnels des UPML s'inscrit dans un contexte d'incertitude immense (« est-ce que la personne internée va récidiver ? ») et concerne des situations aussi singulières que complexes. Par conséquent, les professionnels ne peuvent pas uniquement se contenter d'appliquer de façon mécanique des règles abstraites ni des procédures formalisées, mais doivent engager un certain niveau de « prudence ». La notion est à comprendre ici au sens aristotélicien, c'est-à-dire que leur pratique revêt une forte dimension délibérative : on ne prend pas de décision sur la candidature d'un patient, son projet de sortie, ni sur le type de prise en charge sans délibération préalable, réunissant tout ou une partie des membres de l'équipe. Dans ce sens, agir de façon « prudentielle » (Champy, 2012) ne signifie pas ne pas agir du tout mais, au contraire, appelle à prendre certains risques dans le travail ou, pour le dire plus simplement, à faire des paris (Ravon, Vidal-Naquet, 2018).
- 15 Toutefois, en raison d'un contexte social quasi déterminant, l'idéal prudentiel est parfois mis à mal. Les professionnels sont amenés à évaluer les candidatures et les projets de

sortie des patients dans un temps record, et leur autonomie décisionnelle est contrecarrée. En effet, c'est l'instance pénale, la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines, qui a le dernier mot quant à l'avancée des patients dans leur TSI. Dès lors, il arrive que l'équipe accepte des patients qui ne « conviennent » pas ou laisse sortir des patients dont le risque de récurrence n'est pas tout à fait stabilisé. Des enjeux institutionnels, propre à l'internement, peuvent expliquer et contextualiser ceci. Par exemple, le poids des conséquences d'un refus d'admission ou d'un refus de sortie, qui se traduit par un « embouteillage » dans le flux de la répartition des lits et, ce faisant, par une stagnation en prison des personnes internées, n'est pas toujours facile à porter pour l'équipe des UPML. Les professionnels sont en effet très au fait de la situation délétère des annexes psychiatriques de prison et, dès lors, ressentent parfois une gêne de laisser la personne internée y stagner pendant plusieurs mois. À côté de l'objectif de faire avancer la personne dans son trajet de soins, c'est quand une mission humanitaire prend le pas sur la mission de soin, en ceci qu'il faut « sauver » les personnes internées des conditions carcérales peu propices au soin, que la décision du refus d'admission est la plus difficile à assumer. De la même façon, le ministère de la Santé publique exige, pour accorder des subventions aux UPML, un taux d'occupation des « lits » de 85 %. Le lit psychiatrique est en effet devenu une ressource précieuse depuis les dernières réformes qui encouragent une prise en charge *désinstitutionnalisée*⁵. Il est donc nécessaire de les rentabiliser et de ne pas les gaspiller : un bon lit psychiatrique est un lit occupé.

- 16 Si l'idéal du patient interné autonome combine trois référentiels précis (indépendance, socialisation, responsabilité), le travail d'intervention peut s'avérer compliqué et générer des tensions. Comment rendre autonome un patient qui n'en a pas vraiment envie ou dont l'autonomie ne correspond pas tout à fait à celle attendue ? Tout au long du séjour s'opère un travail d'ajustement de l'autonomie du patient au cadre de l'intervention, lui-même défini par le jugement des professionnels, qui définissent ce qui « constitue une façon normale, ou acceptable, de vivre » (Velprey, 2008, 197). Pour ce faire, ces derniers ont recours à différents modes d'action, faisant appel à un niveau de contrainte plus ou moins élevé.

II. Rendre autonome dans un contexte de sûreté

- 17 En vue de préparer les patients internés à sortir des unités et à se réinsérer, les professionnels sont amenés à mobiliser des modes d'action plus ou moins contraignants en vue de les rendre autonomes et d'éviter de nouveaux passages à l'acte. Mettant l'accent sur l'autonomie-responsabilité, les professionnels ont, entre autres, recours à la sanction afin de mettre le patient face à ses actes et d'assurer la sécurité des autres (1). Ce faisant, les professionnels des UPML sont amenés à endosser des rôles professionnels « pénalisés », notamment en raison du caractère « entre soi » de leur travail (2.).

1. La sanction : un moyen pour responsabiliser les irresponsables ?

- 18 Tout au long du séjour, les professionnels des UPML vont tenter d'adapter leur façon d'intervenir aux capacités d'autonomie des patients internés, ayant recours à des

techniques de contrainte afin d'influencer l'action de ces derniers et de stimuler leur autonomie. La « contrainte » est ici comprise dans un sens sociologique et concerne les différents modes d'action qui consistent à tenter de faire faire à une personne ce qu'on voudrait qu'elle fasse, sachant qu'elle n'en a peut-être pas envie. Parmi ceux-ci, l'usage de la menace d'une sanction, visant par-là le retrait d'un privilège, est assez fréquent (Lovell, 1996, 151). En général, la simple manifestation de l'intention d'imposer une sanction suffit à infléchir le sens de l'action du patient concerné. Toutefois, il arrive que malgré la menace répétée, le patient continue à agir d'une façon qui ne correspond pas aux attentes des professionnels qui, dès lors, mettent la menace à exécution.

- 19 En pratique, c'est par la suppression temporaire des sorties autorisées de l'unité que l'équipe tente d'ajuster l'autonomie et d'orienter l'action des patients. Ce type de pratique (retirer un privilège, ici, les sorties) intervient suite au repérage d'une transgression et fait office de sanction. Au sein des unités, bon nombre de comportements peuvent être considérés par l'équipe comme transgressifs : en général, la transgression équivaut à une infraction au règlement d'ordre intérieur de l'unité. Cependant, un comportement en particulier fait fréquemment intervenir l'imposition d'une sanction : l'entrée et/ou la consommation de substances jugées illicites dans le service, en ce compris l'alcool et les drogues. Dans ce cas précis, la sanction prend la forme de mises à l'écart temporaires. Suite à l'entrée ou la consommation avérée de substances illicites, le patient *sanctionné* peut être mis à l'écart des autres patients de l'unité (suivant un principe d'isolement dans une pièce prévue à cette fin) ou, dans la plupart des cas, être mis à l'écart de la société ; contraint de rester dans les murs de l'unité, on dira alors qu'il est « privé de sortie ».
- 20 Un travail d'enquête, réalisé principalement par l'équipe de première ligne, précède l'imposition d'une telle mesure. Dès qu'il y a un soupçon d'entrée et/ou de consommation de drogue *intramuros*, les professionnels partent à la recherche de preuves afin d'objectiver l'acte transgressif. Si l'ambition annoncée est de constater les faits afin de pouvoir ensuite être en mesure de justifier la sanction, les observations ethnographiques montrent qu'en réalité, la récolte de preuves agit avant tout comme un mode d'intervention à part entière : mettre le patient face à ses actions, devenant ainsi un dispositif pour évaluer et travailler l'autonomie du patient interné et, en particulier, sa capacité à agir de façon *responsable*, comme le suggère le bref extrait ci-dessous :

Amandine, infirmière, rapporte en réunion d'équipe que le vigile est venu au bureau car il a surpris Monsieur J., un patient, « qui consommait de l'alcool, une Gordon 12 degrés ». Elle ajoute que « le point positif, c'est que comme il s'est fait prendre, il y a matière à travailler. »

(*Journal de terrain, UPML, 4 octobre 2021*)

- 21 Dans l'analyse des significations concrètes de l'autonomie et de l'intervention qui en découle (« rendre autonome »), on observe une insistance assez marquée pour l'enjeu de « reconnaissance », ce qui implique que le patient interné fasse preuve d'une certaine réflexivité et, à termes, se responsabilise. Or, c'est justement en raison d'un statut d'irresponsabilité pénale que la personne a entamé un parcours d'internement.

L'intervention des professionnels de l'UPML au moment de la libération à l'essai, reviendrait-elle, en fait, à reconquérir une forme de responsabilisation de soi, ou, pour le dire autrement, à responsabiliser les irresponsables ?

- 22 Les méthodes et outils les plus utilisés pour le travail d'enquête et d'objectivation d'une consommation sont les examens biologiques (par exemple, la prise d'urine ou l'usage d'un éthylotest). Ces examens sont prescrits par le médecin-psychiatre et sont réalisés par les soignants. L'enjeu consiste à « faire avouer » le patient. Dans l'idéal, l'aveu est spontané et est suscité par l'intention du test lui-même. Le patient est perçu alors comme un « partenaire » de l'intervention (Marquis, Pesesse, 2021, 57). Les professionnels ciblent aussi les patients les plus à risque de consommer.

Guy, un patient, passe la porte du bureau et annonce qu'il veut bien essayer d'uriner. *Jonas*, infirmier, lui répond directement : « non, toi tu n'as pas besoin ». Un *autre patient*, qui se tient au côté de *Guy*, intervient à son tour :

— « Et moi ? »

Jonas, infirmier :

— « Ah vous oui. Enfin, si vous pouvez. »

Un *troisième patient* exprime fermement son refus :

— « Je ne suis pas ici pour de la drogue moi, je n'ai rien à me reprocher ! »

Bastien, éducateur, tente d'apaiser la situation :

— « Est-ce que là vous avez besoin d'aller aux toilettes ? »

Le *troisième patient* :

— « Oui... »

Bastien, éducateur :

— « Bon allez, venez on y va. »

(*Journal de terrain, UPML, 3 juin 2021*)

- 23 Dans l'extrait ci-dessus, face à un patient récalcitrant, l'éducateur n'a pas recours à la force ni à un mode de pression contraignant pour tenter de le pousser à se soumettre au test. Il tente plutôt d'inciter le patient au moyen d'une technique habile, consistant à détourner l'action de l'objectif initial (dépister la présence de drogue) vers un besoin naturel (aller aux toilettes), ce qui semble mettre le patient suffisamment en confiance car ce dernier finit par obtempérer. Dans d'autres circonstances, il arrive néanmoins que les professionnels usent de pratiques plus contraignantes afin d'amener le patient à agir d'une certaine façon. Par exemple, il est arrivé, suite à la ruse d'un patient qui avait rempli le pot d'urine de jus de pomme afin d'échapper à la sanction, que le psychiatre impose un contrôle plus strict du déroulement des prises d'urine : les soignants doivent désormais se tenir à côté du patient lorsque celui-ci urine dans le récipient.

2. Entre soin et sécurité : troubles dans la professionnalité

- 24 Les différents dispositifs d'enquête pour objectiver une transgression (prise d'urine, éthylotest, fouille des chambres des patients, etc.) placent les soignants dans une posture sécuritaire, voire même pénitentiaire, et donnent ainsi une certaine épaisseur au contexte de sûreté hybride – entre soin et sécurité – dans lequel s'inscrit l'intervention

des UPML. Cette forme d'immixtion du pénal dans les pratiques des soignants, générée par le processus d'enquête et de récolte de preuves, n'est pas toujours bien vécue par l'équipe de première ligne, dont le rôle s'apparente parfois à celui du soignant-policier. Certains professionnels iront jusqu'à dire qu'ils « détestent ça ». La pratique peut créer des tensions et mettre à mal la relation « soignant-soigné », tout comme elle peut résulter en une épreuve physique ; par exemple, dans le cas de la fouille des affaires personnelles des patients qui consiste à inspecter pendant plusieurs heures les moindres recoins des différentes chambres de l'unité.

- 25 De son côté, le médecin-psychiatre agit, quant à lui, comme un juge, étant tantôt celui qui instruit l'enquête, basé sur une suspicion d'infraction au règlement, tantôt celui qui condamne, une fois la transgression établie. Les missions d'expertise et de soin sont scindées dans les lieux d'internement qui dépendent du ministère de la Justice (les annexes psychiatriques de prison ainsi que les sections et les établissements de défense sociale), dans l'idée de protéger la relation qui lie les professionnels aux patients internés « par l'instauration d'une plus grande confidentialité » (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, 622), mais la situation est toute autre au sein des lieux d'internement qui dépendent du ministère de la Santé Publique, comme les UPML. Les missions de soin et d'expertise peuvent y cohabiter et c'est probablement dans le chef du psychiatre que ce rapport concomitant se manifeste le plus : les psychiatres exercent, d'un côté, un mandat médical et, de l'autre, un mandat d'expert, en qualité duquel ils sont tenus de rendre des comptes à la justice.
- 26 Endosser le rôle de l'enquêteur, du policier, du geôlier ou du magistrat à l'UPML n'est pas toujours une posture facile à tenir pour les professionnels. Néanmoins, cela leur permet, dans une certaine mesure, de conserver la gouvernance des activités internes, maintenant à distance le tiers pénal et le tiers sécuritaire. Les « vrais » acteurs du champ pénal pénètrent d'ailleurs rarement les murs des UPML. La contrainte à l'hôpital médico-légal reste une pratique de l'entre-soi : la régulation des transgressions et les sanctions sont gérées à l'intérieur des murs. Les professionnels peuvent ainsi à la fois conserver une certaine autonomie professionnelle et aussi échapper à des formes de contrôle par des tiers extérieurs.

Conclusion

- 27 L'autonomie et la dangerosité sont des notions polysémiques, définies de multiples façons et dont le sens dépend du contexte empirique dans lequel elles sont utilisées. La démarche ethnographique et pragmatique ici mobilisée a permis de mettre au jour ce que ces notions signifient sur la scène particulière de l'internement, ce que j'ai appelé *l'autonomie en actes*. Les observations des processus de justification des acteurs de terrain, dans ce cas-ci des professionnels des UPML, qui prennent place lors des réunions d'équipe quand il s'agit d'évaluer les capacités et les progrès du patient et lors des interventions auprès de ces derniers, mettent en évidence qu'autonomie et dangerosité sont intrinsèquement liées. Là où l'autonomie revêt deux référentiels plutôt classiques : la capacité de se débrouiller seul (autonomie-indépendance) et d'être en lien avec autrui (autonomie-socialisation), le registre de la dangerosité est particulièrement saillant dans

un troisième référentiel, lorsqu'est évoquée la capacité du patient interné d'agir de la « bonne » façon et de manière réfléchie (l'autonomie-responsabilité). La dangerosité, tout droit importée du versant pénal de la mesure de sûreté, apparaît comme le revers de la bonne autonomie à (re)conquérir. Autrement dit, dans ce contexte précis, plus un patient est suffisamment autonome, moins il est considéré comme dangereux et à risque pour lui-même et pour les autres.

- 28 Toutefois, le travail des équipes des UPML s'inscrit dans un contexte social quasi-déterminant (la situation jugée dramatique dans les annexes psychiatriques de prison et la nécessité de faire avancer les personnes internées dans le TSI) qui pousse parfois les professionnels à devoir admettre au sein de l'unité un patient interné dont les signes d'autonomie ne sont pas tout à fait présents ni suffisamment convaincants et, de la même manière, à devoir encourager un projet de sortie alors que tous les indices de réussite ne sont pas réunis. C'est néanmoins l'instance pénale qui tranche en la matière ; la responsabilité de laisser sortir définitivement un patient interné des murs de l'unité incombe donc aux acteurs de la justice. Entre ces deux moments charnières du passage par une UPML, l'évaluation des candidatures en vue d'une admission et celle des projets de sortie en vue d'une réinsertion extrahospitalière, a lieu tout un travail de l'autonomie du patient interné. Pour ce faire, les professionnels usent de modes d'action qui font appel à des degrés variés de contrainte dans l'attente de rendre la personne suffisamment autonome, selon les différents référentiels précités.
- 29 Un des modes privilégiés de contrainte est le recours à la sanction. Celle-ci prend généralement la forme d'une restriction de liberté pendant un temps déterminé. Suite à la mise en circulation et à la consommation avérée de substances illicites au sein de l'unité, deux situations formellement interdites par le règlement, il n'est pas rare que l'équipe décide de priver un patient de sortie. Un travail de dépistage de l'acte transgressif est alors entrepris en amont de l'imposition d'une sanction et apparaît lui-même comme un moyen pour intervenir sur l'autonomie-responsabilité du patient, plaçant ce dernier dans une posture active où il est attendu qu'il agisse en véritable partenaire de l'enquête et reconnaisse les faits. La pratique de la sanction, propre à la logique interne des UPML, ne nécessitant aucun contrôle judiciaire externe, souligne le caractère hybride de la mesure d'internement : entre soin et sécurité. La professionnalité des membres de l'équipe est elle-même marquée par cette hybridation, ces derniers étant amenés à endosser des rôles à la croisée de ces deux pôles (le soignant-policier et le psychiatre-juge). À l'issue de ces constats, il reste à se demander comment ceux qui vivent la mesure de sûreté au premier chef, à savoir les patients internés, font en réalité l'expérience de cette imbrication du pénal dans la santé mentale, et comment ils s'approprient les attentes professionnelles mais aussi sociales exprimées à leur égard.

Bibliography

Cartuyvels, Y., Champetier, B., Wyvekens, A. (2010), La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité, *Déviance et Société*, 34, 4, 615-645.

Champy, F. (2012), *La sociologie des professions*, Presses universitaires de France.

Lemieux, C. (2018), *La sociologie pragmatique*, La Découverte.

Lovell, A. M. (1996), Coercion and social control: a framework for research on aggressive strategies in community mental health, in D. L. Dennis et J. Moganan (Eds.), *Coercion and aggressive community treatment: A new frontier in mental health law*, Springer US, 147-166.

Marquis, N. (2019), Making people autonomous : a sociological analysis of the uses of contracts and projects in the psychiatric care institutions, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46, 2, 248-276.

Marquis, N., Pesesse, S. (2021), De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques, *Sciences sociales et santé*, 39, 1, 43-67.


Nederlandt, O., Vansillette, F. (2018), L'exécution de la mesure d'internement, in Nederlandt, O., Colette-Basecqz, N., Vansillette, F., Cartuyvels, Y., La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés, *Les dossiers de revue de droit pénal et de criminologie*, 26, 85-176.

Ravon, B., Vidal-Naquet, P. A. (2018), Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social, *Rhizome*, 67, 74-81.

Velpry, L. (2008), *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin.

Wittgenstein, L. (2010), *Recherches philosophiques*, Paris, Gallimard.

Footnotes


1. La thèse, intitulée « Sortir de l'internement. Une sociologie des pratiques professionnelles en psychiatrie légale : entre autonomie et dangerosité », s'inscrit dans le cadre du projet de recherche interdisciplinaire « AutonomiCap » (2019-2024) (www.automicap-usaintlouis.be )
2. Sur le placement illégal des personnes internées au sein des annexes psychiatriques de prison, voy. la contribution de Y. Cartuyvels, A. De Brouwer et O. Nederlandt dans cet ouvrage.
3. Sur la question des condamnations de l'Etat belge par la Cour européenne des droits de l'homme, voy. la contribution de Y. Cartuyvels dans cet ouvrage.
4. À titre d'exemple, au moment de l'enquête, on comptait 6 % de femmes internées en libération à l'essai au sein d'une des UPML étudiées, contre 94 % d'hommes.
5. Voy. la réforme 107 ; Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016), La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle, *L'information psychiatrique*, 92(9), 731-745.

Author

Sophie De Spiegeleir

UCLouvain Saint-Louis Bruxelles



Only the text can be used under the [Creative Commons - Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)  license. Other elements (illustrations, attached files) are "All rights reserved", unless otherwise stated.