



Nicolas Marquis et Isabelle Hachez (dir.)

Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap
Actes de la Conférence Alter 2022

Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles

Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer l'ordinaire familial

Antoine Printz

DOI : 10.4000/books.pusl.29694

Éditeur : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles

Lieu d'édition : Bruxelles

Année d'édition : 2024

Date de mise en ligne : 25 mars 2024

Collection : Collection générale

EAN électronique : 978-2-8028-0287-7



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

PRINTZ, Antoine. *Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer l'ordinaire familial* In : *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap : Actes de la Conférence Alter 2022* [en ligne]. Bruxelles : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2024 (généré le 26 mars 2024). Disponible sur Internet : <<https://books.openedition.org/pusl/29694>>. ISBN : 978-2-8028-0287-7. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pusl.29694>.

Le texte seul est utilisable sous licence . Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

*Formes
élémentaires
de la requête
d'hospitalisation
contrainte
en psychiatrie
par les proches :
soigner
la maladie,
protéger la vie,
réparer l'ordinaire
familial*

*Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation
contrainte en psychiatrie par les proches :
soigner la maladie, protéger la vie,
réparer l'ordinaire familial*

Antoine Printz,
sociologue, UCLouvain (Belgique)

Antoine Printz (2024), « Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation
contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer
l'ordinaire familial », in Hachez I., Marquis N. (dir.) *Repenser l'institution et la
désinstitutionnalisation à partir du handicap. Actes de la Conférence Alter 2022.*

1. INTRODUCTION

2. DÉSINSTITUTIONNALISATION ET FAMILIALISATION

3. MÉTHODES ET TERRAINS

4. LE TRAVAIL DE PROBLÉMATISATION DES FAMILLES : LES TROIS MOTIFS TYPIQUES DE LA REQUÊTE

4.1. *Soigner la maladie : une nécessité essentiellement médicale*

4.2. *Réparer l'ordinaire : aide à la famille en souffrance
et allègement de son fardeau*

4.2.1. *Requérant-e(s) affecté-e(s)*

4.2.1.1. *Étouffement, prise au piège, désespoir*

4.2.1.2. *Crainte et anxiété*

4.2.2. *Anticipation des risques, incapacité à partager l'expérience*

4.2.3. *Délaissement de la part des institutions*

4.3. *Protéger la personne : préserver et soutenir*

4.3.1. *Requérant-e(s) inquiet-e(s)*

4.3.2. *L'appel à protéger la personne*

4.3.2.1. *Le souci de déresponsabiliser la personne*

4.3.2.2. *L'expression de la difficulté
à demander l'hospitalisation contrainte*

5. CONCLUSION : FAILLES ET ACCROCS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION DU POINT DE VUE DES PROCHES

Résumé :

Dans cette contribution, je souhaite documenter l'expérience familiale de la désinstitutionnalisation psychiatrique, à partir des demandes d'hospitalisation contrainte issues de l'environnement familial des malades. Sur base de l'analyse de requêtes familiales d'hospitalisation contrainte (n= 103) déposées auprès du procureur du Roi de Bruxelles, il est possible de mettre en lumière les accroc et failles du maintien dans le milieu de vie des personnes malades mentales, tels que rapportés par leurs proches, ainsi que les attentes de ceux-ci à l'égard des acteurs publics et institutionnels.

Cette analyse permet de déterminer trois motifs de la requête, c'est-à-dire trois types d'expression d'attentes à l'égard de l'intervention : (1) soigner ou guérir la maladie, (2) réparer l'ordinaire et rétablir la quiétude, (3) protéger et soutenir la personne. De l'éclaircissement des motifs qui poussent les familles à demander l'hospitalisation d'un membre peut en effet émerger un propos plus général sur ce qu'est l'expérience familiale de la maladie mentale, dans le contexte de déport d'une partie du travail de soin socialement nécessaire vers les familles.

Mots-clés :

**PSYCHIATRIE • DÉINSTITUTIONNALISATION •
FAMILIALISATION • CONTRAINTE**

1. INTRODUCTION

À la faveur du mouvement historique de désinstitutionnalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, les familles¹ acquièrent une responsabilité nouvelle dans leur prise en charge. La mise en œuvre des politiques de maintien dans le milieu de vie repose notamment sur un enrôlement de l'entourage familial dans le travail de soin, d'accompagnement et de gardiennage des malades. Une charge croissante pour la famille, et particulièrement pour les femmes en son sein, a donc accompagné ces transformations (Barrett & McIntosh, 1982, Fineman, 1995, Daly & Lewis, 2000, Damamme & Paperman, 2009). Pour la qualifier, diverses notions ont été proposées dans la littérature : « fardeau » du soin (Kovess-Masféty, Villani, 2019), « captivité » de la famille (Bungener, 1995), voire « danger » de l'hébergement familial (Blum et al., 2015).

Pour faire face à ces risques, les familles disposent de « leur capacité de solidarité » et des « possibilités qu'on leur donne pour la gérer au mieux » (Chatiel, 2005, p. 334). En dernier recours, lorsque le maintien à domicile n'est plus tenable et que les autres ressources sont épuisées, il est possible de demander une admission forcée dans un service psychiatrique. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale (ci-après : PPMM) organise ce type de mesure. Elle prévoit l'exception de principe de l'enfermement à des fins thérapeutiques, dont la requête, pouvant être adressée aux instances compétentes par toute « personne intéressée », doit satisfaire à des critères légaux², notamment celui de « l'indication sommaire [de ses] motifs » (art.5).

De ce fait, la requête d'hospitalisation contrainte relève d'un acte d'écriture visant à rendre compte du caractère problématique d'une situation, et à demander une intervention tierce (celle d'acteurs médicaux, par l'intermédiaire du parquet). En tant que « dernier recours³ », contrevenant tant à l'idée d'une solidarité familiale naturelle qu'au modèle d'organisation des soins centrés sur le milieu de vie, elle constitue un excellent analyseur de la structuration

1 — Par souci de concision, j'utiliserai de la notion de « famille », et de ses dérivés lexicaux, pour caractériser l'ensemble des personnes liées aux malades en vertu de liens affectifs, d'une intimité partagée et de rapports d'interconnaissance forte, plutôt que par mandat professionnel. Il convient de noter, cette précision faite, que dans le corpus constitué, la quasi-totalité des personnes qui requièrent une hospitalisation contrainte peuvent être décrites à partir des liens familiaux conventionnels (liens de parenté directe, liens de parenté indirecte, lien matrimonial).

2 — Cette contribution n'est pas le lieu pour un commentaire sur la loi PPMM, je m'en tiendrais donc à ce qui est utile à mon propos. Retenons toutefois que la loi PPMM organise la mesure dite de « mise en observation », c'est-à-dire l'hospitalisation contrainte pour raison psychiatrique en Belgique. Elle prévoit trois critères matériels cumulatifs pour l'enclenchement d'une telle mesure : (1) maladie mentale, (2) dangerosité immédiate pour soi ou pour autrui et (3) absence d'alternative de soin en dehors de la contrainte.

3 — Robert M. Emerson (1981) a montré que les solutions apportées à un trouble sont hiérarchisées d'un point de vue moral : certaines sont *préférées* et privilégiées en « premier recours » (*first resort*), d'autres sont perçues comme relevant à l'inverse d'une solution exclue en dehors d'un « dernier recours » (*last resort*). L'enchaînement des réponses au trouble suit en général un modèle séquencé de transition de réponses plus douces et négociées vers des solutions extrêmes et distancées (*distancing and extreme responses*) (Emerson, 2009). En toute hypothèse, l'hospitalisation contrainte doit être considérée comme une solution extrême et non souhaitée (*dispreferred*), n'étant envisagée par les acteurs qu'après les échecs de nombreuses solutions plus douces et reposant sur des ressources intrinsèques aux relations.

morale du travail familial de soin et d'accompagnement, et partant, des accrocs de la désinstitutionnalisation. En effet, ces documents doivent être considérés comme un « espace d'expression autour des circonstances du placement » (Ward, 2021, p. 116), qui permettent, sous certaines conditions, de franchir la ligne de séparation entre le privé et le public, et d'appréhender ce que peut être l'expérience familiale du maintien d'une personne malade mentale dans son milieu de vie. L'analyse permet donc de mettre en lumière les manières qu'ont les requérants de refuser de réduire leurs problèmes « à des questions domestiques, à de petites affaires privées », afin de voir « comment s'y déploient les termes mêmes du politique, dans l'étroite imbrication entre la définition de la situation problématique et de ses contours, la détermination des personnes légitimes pour décider et le choix des recours et solutions acceptables » (Béliard et al., 2015, p. 7).

Cette contribution est construite en quatre parties. Dans la première, je montre l'articulation entre la désinstitutionnalisation des patients et la familialisation de leurs prises en charge. C'est ce contexte historique récent qui constitue l'arrière-plan des phénomènes particuliers qui sont envisagés dans l'analyse. La deuxième partie est consacrée à la présentation du terrain et de la méthodologie. Dans la troisième partie, je présente les résultats de la recherche, développant trois formes typiques de la requête d'hospitalisation contrainte pour un proche. Chacune d'elles repose sur une articulation particulière d'éléments constitutifs de ces documents, de forme comme de contenu. Je qualifie chacune de ces formes typiques à partir de son motif dominant : (1) soigner la maladie, (2) réparer l'ordinaire et (3) protéger la personne. Enfin, j'essaierai de tirer quelques conclusions de portée plus large dans la quatrième partie de ce texte.

2. DÉSINSTITUTIONNALISATION ET FAMILIALISATION

Suivant Chapireau (2021), on dira que la désinstitutionnalisation désigne un processus d'accroissement de recours aux « dispositifs dans la communauté », au détriment des « établissements psychiatriques ». En Belgique, la création d'un secteur ambulatoire en marge de l'hôpital à partir des années 1960-1970, puis la création de structures intermédiaires dans le courant des années 1980-1990, amorcent un basculement partiel de l'offre de soin en-dehors des murs de l'hôpital. Celui-ci remet en cause, sans toutefois les supprimer, l'hospitalocentrisme et la prégnance du paradigme résidentiel dans le système de santé mentale belge (De Munck *et al.*, 2003 ; Majerus, 2018). En 2010, nouvelle étape majeure dans le processus de désinstitutionnalisation, la réforme « Psy 107 » entend renforcer le mouvement d'« évolution vers des soins en santé mentale axés davantage sur la collectivité⁴ ». Cette réforme, qui s'inscrit dans un long mouvement international de remise en question des modes d'organisation des soins en santé

4 — Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (18-06-22), p. 4.

mentale, entend, d'après ses concepteurs, «éviter autant que possible les admissions en résidence» et «écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel» lorsque celui-ci est «inévitables»⁵.

Dès 2002, la déclaration conjointe des ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale, stipulait vouloir orienter l'offre de soins de telle manière qu'elle puisse «de préférence être dispensée dans l'environnement familial du patient⁶». Sur le plan institutionnel, cette volonté s'incarne dans une série de mécanismes, notamment budgétaires, d'organisation d'une montée en capacité de charge des services ambulatoires et mobiles, aux dépens des services qui visaient à «sortir [les patients] de leur domicile, [à] les encadrer et traiter en milieu résidentiel⁷».

L'horizon qui sous-tend ces transformations de l'offre de soin est présenté comme étant d'ordre thérapeutique, mais aussi politique : pour éviter la chronicisation des patients et les traiter d'une manière qui soit conforme aux standards d'humanisation⁸, de respect des libertés individuelles⁹, d'autonomie et d'inclusion sociale¹⁰, le traitement hospitalier doit être intensifié¹¹ et rendu spécifique, restreint à des périodes de courte durée, entre lesquelles le patient doit être inséré dans des réseaux de soins intégrés à son environnement familial.

Par hypothèse, ce processus a accru la charge d'accueil du «milieu de vie» et du «réseau» des personnes désormais désinstitutionnalisées (Kovess-Masféty, Villani, 2019). Les politiques de maintien des malades dans l'environnement reposent sur une conception nouvelle des familles comme «solution au problème du retour du patient dans la communauté» et «membres actifs du système des soins» (Carpentier, 2001, pp. 92-93). Constituant souvent un angle mort dans l'analyse des politiques de désinstitutionnalisation et de maintien dans l'environnement, ce processus peut être décrit comme une «familialisation» des politiques psychiatriques (Lewis, 1995 ; Fineman, 1995 ; Esping-Andersen, 2007).

L'intégration des soins dans «l'espace communautaire», et l'objectif de «maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine»¹² qui la sous-tend, reposent en effet sur une nécessité, peu explicitée dans les documents programmatiques des réformes, d'un recrutement de la communauté, et donc essentiellement des proches et membres de la famille. En ce sens, il n'est sans doute pas

5 — Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 4.

6 — https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=03-05-23&numac=2003022251 (19-12-22)

7 — Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 5.

8 — Déclaration de Hawaii (Association mondiale de psychiatrie, 1977, 1983)

9 — Arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, req. n° 6301/73 (CEDH, 1979); arrêt *X c. Royaume-Uni*, 5 novembre 1981, req. n° 7215/75 (CEDH, 1981).

10 — Convention relative aux droits des personnes handicapées (Organisation des Nations Unies, 2006) : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

11 — L'intensification du traitement renvoie à l'idée du développement de soins plus aigus et spécialisés, concentrés sur des périodes plus courtes. Elle repose sur une volonté de rompre avec les formes de gardiennage qui ont longtemps été au cœur du traitement de la folie.

12 — Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 10.

abusif de considérer que « la politique de maintien à domicile des personnes atteintes de troubles psychiatriques fait peser de lourdes contraintes sur les familles » (Blum et al., 2015). Face à ces contraintes, parfois, lorsque celles-ci deviennent impossibles à gérer dans l'espace domestique, les familles peuvent être amenées à devoir demander une hospitalisation contrainte.

3. MÉTHODES ET TERRAINS

L'hospitalisation contrainte, et la formulation de sa demande par les proches, constituent un prisme intéressant pour comprendre les modalités concrètes des politiques de maintien dans le milieu de vie, ses accrocs et ses failles. Il paraît intéressant de sonder les dimensions morales et politiques qui sont mises en jeu dans les demandes d'hospitalisation contrainte pour une personne appartenant à l'entourage familial des requérants. Pour ce faire, un corpus de 103 requêtes familiales a été constitué lors d'une campagne de récolte au sein du service défense sociale du parquet de Bruxelles.

Le traitement du matériau empirique a été réalisé au travers d'une analyse qualitative double : une analyse thématique de contenu et une analyse classificatoire des documents. La première partie de l'analyse a été opérée à l'aide d'un logiciel d'aide à l'analyse qualitative de données (Nvivo). Celle-ci a été réalisée dans une démarche inductive, permettant de respecter la richesse et la disparité des données récoltées tout en dégagant des catégories de sens transversales. Une grille d'analyse sur deux niveaux a finalement été dégagée, qui comporte 27 catégories et 123 sous-catégories. Outre ce travail de codage, les documents composant le corpus ont été soumis à un « protocole d'exploitation » particulier, assez proche dans sa forme de celui proposé par Protais (2017) dans son étude historique sur les expertises psychiatriques judiciaires ou de celui mis en place par Fassin (2000) dans son analyse des demandes d'aide d'urgence. Un questionnaire de 17 variables a été constitué, auquel chaque requête a été soumise. Sur base de l'analyse articulée du codage thématique et du protocole d'exploitation des documents par questionnaire, trois sous-ensembles, plus ou moins cohérents, ont pu être constitués. Ceux-ci sont issus d'un travail d'identification des « significations sailantes et attractives » observables, ainsi que des « variations, combinaisons et modulations de ces significations » (Demazière, 2013). Ces sous-ensembles regroupent des articulations typiques entre des manières de configurer le trouble, de le décrire et d'en pointer les effets négatifs, ainsi que d'exprimer des attentes à l'égard du parquet, en tant que dépositaire de l'activation de la mesure de « dernier recours » que constitue l'hospitalisation contrainte. Ils permettent de déterminer, par typification¹³, trois motifs de la requête, c'est-à-dire trois types d'expression d'attentes à l'égard de l'intervention : (1) soigner ou guérir la maladie, (2) réparer l'ordinaire et rétablir la quiétude, (3) protéger et soutenir la personne.

13 — C'est-à-dire à travers un processus de regroupement et de réduction de la pluralité des données empiriques pour constituer des modèles théoriques regroupant une série de traits pertinents.

4. LE TRAVAIL DE PROBLÉMATISATION DES FAMILLES : LES TROIS MOTIFS TYPIQUES DE LA REQUÊTE

Les requêtes articulent à la fois une description de la réalité vécue, en ce qu'elle est problématique, et une demande de solution. Elles constituent le fruit d'un travail de problématisation des personnes requérantes. Ces dernières se saisissent de leur expérience troublée du quotidien, l'organisent, la mettent en forme et en rendent compte comme d'un problème. Par-là, elles décrivent une situation, identifient des difficultés, imputent des responsabilités, expriment des demandes et renvoient les acteurs institutionnels à des obligations. L'articulation de ces traits constitue trois types de requêtes, que l'on peut caractériser à partir de leur motif – c'est-à-dire par les conséquences pratiques principalement visées : soigner la maladie, réparer l'ordinaire, protéger la personne.

4.1. *Soigner la maladie : une nécessité essentiellement médicale*

Premier motif typique de la requête, il met en jeu des attentes thérapeutiques et médicales : il s'agit avant tout de *soigner ou de guérir une maladie*. Le cadrage de ces requêtes est essentiellement médical : la situation est problématisée à partir de catégories médicales ou psychologiques. Le régime de problématisation est essentiellement d'ordre médical, c'est-à-dire qu'il est décrit en se référant plutôt à la « santé » de la personne ou à son « état psychique » – par opposition à des qualifications en termes de vulnérabilité, de fragilité, d'incapacité. Les personnes requérantes situent alors le problème au niveau de l'« état de santé » (818 AL 0320¹⁴), de la « santé mentale » (918 AL 0621), de la « maladie » (869 AL 0418), des « problèmes psychologiques » (893 AL 0421), parfois même au moyen de catégories diagnostiques telles que la « dépression » (910 AL 0721), la « schizophrénie » (862 AL 1112) ou de la « psychose » (924 AL 0319) de leur proche.

Dans ce type de requête, les composantes affectives ou émotionnelles de l'expérience familiale sont faibles. Cette expérience est en effet exprimée dans un style plus détaché et factuel. En ce sens, les requêtes formées autour de ces attentes de soin reposent sur des formes rédactionnelles plus constatives : elles visent à rendre compte de *ce qui arrive*, et qui pourrait être constaté par n'importe quel observateur, dans le registre de l'évidence médicale. Le trouble est présenté comme n'étant lié ni à une position particulière, ni à une connaissance spécifique de la situation ou du malade. De ce fait, la requête peut être l'espace d'une démonstration des résultats de l'enquête médicale¹⁵.

14 — Je conserve les cotes de classement des documents au sein mon corpus de données. Les trois premiers chiffres permettent d'identifier le dossier personnel dont le document est issu. Le « AL » réfère à la provenance des documents, à savoir les « dossiers aliénés » conservés au parquet de Bruxelles. Les quatre derniers chiffres font référence au mois et à l'année d'émission du document.

15 — Boltanski (1993) montre la tension entre l'expression des affects et des émotions, telle que l'indignation dans son cas d'étude, et la nécessité de description *froide* et *distante* qu'impliquent les opérations de dénonciation, de revendication ou d'inscription de situations particulières dans des catégories de validité large (médicale, juridique, politique).

Ce premier type de requête (*soigner la maladie*) articule donc une problématisation du trouble selon un cadrage médical, mettant en avant son caractère psychopathologique (diagnostic, documents médicaux, etc.), une faible expression des composantes affectives et émotionnelles de l'expérience, un style plus détaché et factuel soutenu par la présentation de l'évidence médicale, le registre dominant des attentes normatives est celui d'une prise en charge médicale de la personne.

4.2. Réparer l'ordinaire : aide à la famille en souffrance et allègement de son fardeau

Le second type de requête est attaché à des demandes de *réparation de l'ordinaire familial*. Le cadrage médical y est bien plus lâche : la problématisation du trouble est plutôt orientée vers la difficulté de la cohabitation, mettant en avant le délitement de la structure familiale. Les dimensions émotionnelles exprimées sont marquées par des composantes d'étouffement, d'impuissance et de crainte. Ces requêtes sont formulées dans un style bien plus vindicatif et un registre discursif marqué par une certaine indignation.

4.2.1. Requérant-e(s) affecté-e(s)

Cette forme de la requête repose sur des modalités énonciatives plus *incarnées*, mettant en avant des formes énonciatives en « je » et en « nous ». L'instance requérante¹⁶ est le plus souvent décrite comme étant d'ampleur familiale, ou concernant le « voisinage ».

Le trouble est souvent rapporté à l'idée d'une aggravation et d'une détérioration de l'expérience domestique, au croisement de configurations temporelles marquées par la constance du trouble (biographique et quotidienne) et son empirement. Du point de vue spatial, ces requêtes tendent plutôt à décrire des dynamiques de retranchement des personnes malades, de rétrécissement et de contraction des espaces de manifestations du trouble vers des espaces essentiellement privés et domestiques.

Ce type de requête est très marqué par l'expression d'affects négatifs de la part des personnes requérantes. Ceux-ci appartiennent à deux grandes classes : ceux qui expriment les sensations liées à la rupture du cours de l'ordinaire et la suffocation de la famille, et ceux qui expriment l'angoisse et la crainte.

4.2.1.1. Étouffement, prise au piège, désespoir

Ces requêtes décrivent le sentiment d'être pris au piège, face à un trouble qui ne fait qu'empirer et qui, bien souvent, enserre et ruine la vie quotidienne, la transformant en « enfer » (937 AL 0221) ou en « cauchemar » (954 AL 0721), en une « situation irrespirable » (952 AL 0821), en

16 — La notion d'« instance requérante » désigne la personne ou le collectif qui est présenté comme à l'origine ou en soutien à la requête.

une «souffrance sans limite» ou en une «prise d'otage» (830 AL 0919). C'est alors essentiellement sous ce mode qu'est décrite l'expérience négative du trouble, en tant qu'elle asphyxie la vie familiale, la prive de la paix et du repos dont elle pourrait être le lieu autrement. Les proches se décrivent sous des modalités particulières dans ce cadre, celles de l'épuisement, du désespoir et du désespacement : «je suis aujourd'hui dépassée et fatiguée» (904 AL 0220), «un de ces quatre c'est nous qui allons craquer» (915 AL 0321), «nous sommes désespérés» (916 AL 0121), «je suis tellement désespérée [...], tellement dépourvue et incomprise» (948 AL 0821), «nous nous sentons vraiment démunis» (952 AL 0821), «nous ne savons plus quoi faire» (954 AL 0721).

4.2.1.2. Crainte et anxiété

L'impuissance des proches fait face à l'expansion du trouble dans des espaces domestiques et privés, conçus comme devant pourtant être des lieux de «quiétude» (907 AL 0616) ou d'un «climat serein» (954 AL 0721). À l'inverse, on remarque une surreprésentation d'expressions de crainte et d'anxiété de la part des requérants :

Ce scénario a été répété pratiquement tous les jours depuis qu'il a perdu son appartement, ma femme et moi passions 24 heures sur 24 dans la peur et sous la menace. Nous ne savions jamais ce qui allait arriver ni quand ça allait arriver et cela faisait peser sur nous un stress permanent difficilement supportable, d'autant que notre propre intégrité physique était menacée. (954 AL 0721)

La vie quotidienne du maintien à domicile est donc également décrite sous le mode de l'anxiété, de l'angoisse, voire de la crainte. En effet, certains requérants expriment très directement le fait de vivre «tout le temps avec la peur au ventre» (950 AL 0821), de vivre «constamment dans la peur et l'angoisse» (951 AL 0821) ou de ne pas se sentir «en sécurité» (862 AL 1112). C'est sur cette base que le discours de délaissement par les institutions est construit, à l'intersection des dimensions asphyxiantes et menaçantes des cohabitations avec les personnes malades.

4.2.2. Anticipation des risques, incapacité à partager l'expérience

Cette question de la crainte et de l'anxiété mène à la seconde dimension de ce type de requête, qui concerne les manières spécifiques de justifier la nécessité d'une intervention auprès du parquet. Si, dans la première forme, celles-ci étaient fondées sur la mise en lumière de la gravité du trouble, soutenue par un travail d'objectivation et d'inscription dans le registre médical, ici, la justification de la nécessité d'enclencher une procédure d'hospitalisation contrainte repose plutôt sur des expressions d'anticipation du risque : les requérants écrivent «craindre le pire» (903 AL 0220), pointent une «sorte d'escalade qui fait que la situation devient extrêmement préoccupante» (954 AL 0721)

ou craignent qu'une absence d'intervention « ne [...] fasse davantage tomber [le malade] dans une dépression inextricable » (813 AL 1019). Ces dimensions de l'essoufflement et de la crainte sont parfois soutenues par une expression de l'incapacité à partager l'expérience. Si l'expérience n'est pas partageable, c'est parce qu'elle est constante, non réductible à des événements circonscrits, sans début ni fin, étendue et continue, ne pouvant être intégrée aux systèmes de référence mobilisés par l'institution. Par-là, les proches renforcent la distinction entre ce qui relève du privé, du familial, du domestique, et ce qui relève du public et de l'institutionnel. En effet, lorsque les requérant·e·s expriment à quel point « il est difficile d'expliquer tout cela dans un mail » (915 AL 0321), mentionnent « une expérience difficile à formuler que nous subissons » (913 AL 1019), précisent que « la liste [des comportements problématiques décrits] n'est bien sûr pas exhaustive » (951 AL 0821) ou expliquent ne faire mention que « des événements [les] plus graves » (952 AL 0821), ils insistent sur le caractère non partageable de ce qui *se joue* dans ces cohabitations difficiles, de ce qui n'est pas rabattable sur des catégories larges et générales.

4.2.3. Délaissement de la part des institutions

Avec cela, viennent les expressions d'une impression de délaissement de la part des institutions, voire d'une rancœur à leur égard, très prégnantes dans ce type de requête. C'est une chose assez remarquable dans cet extrait d'une requête déposée sur papier libre par une sœur :

En conclusion, nous nous sentons vraiment démunis, nous espérons que la MEO urgente puisse lui apporter le cadre qu'il lui faut, cependant elle a été négativée [la personne requérante fait ici référence à l'expertise psychiatrique concluant à l'absence de nécessité d'une hospitalisation contrainte]. Nous ne savons pas ce que Hawa a dit au psychiatre qui l'a auscultée concernant un traitement ou une hospitalisation, concrètement elle prend maintenant deux médicaments (légers) de temps à autre, mais son comportement au quotidien est invivable et intenable pour nous, quand bien même elle fait des efforts, elle ne respecte rien ni personne et nous fait payer toutes ses humeurs et ses crises. Ci-dessus il s'agit des jours où il y a eu des événements plus graves mais la situation est irrespirable et extrêmement anxiogène tous les jours, mes parents sont tombés en dépression et je suis en train d'aller vers le burn-out. Cela fait 6 mois que je me donne émotionnellement et physiquement, jour et nuit, pour l'aider, quant à mes parents, ils subissent ses comportements depuis 8 ans maintenant. (952 AL 0821)

Les requêtes de cette forme montrent un style plus vindicatif et marqué par une certaine indignation à l'égard de ce qui est vécu comme un manque d'aide et d'accompagnement de la famille dans le maintien à domicile.

Ce deuxième type de requête (*réparer l'ordinaire*) articule donc un cadrage médical bien plus lâche et une problématisation du trouble orientée vers la difficulté de la cohabitation, mettant en avant le délitement de la structure familiale, des composantes émotionnelles marquées par l'étouffement, l'impuissance et la crainte, un style bien plus vindicatif et indigné, le registre dominant des attentes normatives est celui du droit au repos et à la quiétude.

4.3. Protéger la personne : préserver et soutenir

Le troisième type de requête s'articule à des demandes en termes *de soutien et de protection de la personne elle-même*. Elles articulent une problématisation du trouble à partir de ses effets pour la personne au centre de la requête, mettant en avant sa souffrance et les risques pour elle-même. Les composantes émotionnelles dominantes dans ce type de requête sont l'inquiétude et l'empathie, le style est plus proche de celui de la supplique, parfois teintée d'appels à la charité.

4.3.1. Requéran·te(s) inquiète(s)

On remarque également la prégnance des formes énonciatives en «je» et en «nous», et l'importance de la famille comme instance requérante. Les personnes requérantes se décrivent en revanche très largement comme étant inquiètes, alarmées ou préoccupées par la situation ou l'état de la personne.

Dans le type précédent de requête, l'insistance était mise sur l'expression de la «souffrance sans limite» des proches (830 AL 0919). Ici, les personnes requérantes tendent plutôt à mettre en avant la «grande souffrance» de la personne elle-même (940 AL 1020). Si, comme dans le type précédent, les formes énonciatives en «je» et «nous» sont très présentes, elles servent donc plutôt à exprimer l'empathie et la mansuétude.

Le cadrage médical est ici très peu serré. Dans les manifestations décrites du trouble, on retrouve bien plus d'évocation de problèmes de logement, de sans-abrisme, de problèmes d'insertion et de problèmes relationnels que dans les autres types. Le régime de problématisation du trouble emprunte plutôt à la vulnérabilité, à la fragilité et aux «incapacités de répondre aux attentes sociales liées à la vie active» (Eyraud, Bascougnano, 2013, p. 155) qu'à la maladie *stricto sensu*. Ainsi, la description de la personne au centre de la requête insiste sur le fait que celle-ci «ne gère plus bien sa personne» (927 AL 0421), qu'elle «est aujourd'hui incapable de prendre sa vie en main toute seule» (949 AL 0821) ou qu'elle «n'est plus capable de se gérer et de rester seul[e]» (868 AL 0318).

Le maintien dans l'environnement est généralement rendu problématique en raison des risques qu'il comporte pour la personne elle-même. Ainsi, on soulignera par exemple que la «fragilité psychologique [de la personne] l'expose pleinement aux dangers

de la vie dans la rue, dont la malveillance d'autrui » (907 AL 0616). De même, une requérante s'exprimant au nom de sa famille, explique au sujet de son frère : « nous avons peur qu'il dépense tout son argent et se retrouve à la rue, qu'il se fasse influencer par des personnes qui l'utilisent à mauvais escient » (869 AL 0418). D'autres requêtes expriment le même type de craintes, sous des formes parfois euphémisées, mentionnant un « jugement altéré » (927 AL 0421), la difficulté à faire un « choix réfléchi impliquant une connaissance des conséquences » (818 AL 0320) ou le fait que la personne « ne réalise pas [l'impact de ses décisions] » (949 AL 0821).

4.3.2. *L'appel à protéger la personne*

Dans les requêtes de cette forme, les proches tendent à caractériser les relations qui les lient à la personne au centre de la requête, à partir d'une charge affective positive et d'une insistance sur la force des liens interpersonnels. Cela vient avec une expression forte de la nécessité de protéger la personne, perceptible notamment à travers deux dimensions spécifiques à cette forme de la requête.

4.3.2.1. *Le souci de déresponsabiliser la personne*

D'une part, il convient de noter l'usage comparativement plus important de justifications et de *sad tales* dans la manière de rendre compte du trouble et de présenter la personne qui fait l'objet de la requête. Les *sad tales* sont des discours de contextualisation et d'irresponsabilisation individuelle vis-à-vis de certaines conditions dévaluées ou d'un statut dégradé. Ceux-ci visent à rétablir la dignité de la personne, malgré les conditions objectives *indignes* (Goffman, 1968; Warren, Messinger, 1988).

Ainsi, par exemple, cette mère qui explique à propos de son fils que « son passage par la justice de la jeunesse l'a plus que traumatisé », ce qu'elle met en lien avec ses « troubles psychiatriques inquiétants » (915 AL 0321). Dans le même sens, on pourra expliquer le trouble en partie par le fait que la personne « n'arrive pas à surmonter le fait d'être en chaise roulante » (830 AL 0919), qu'elle « a eu des stress importants dans le passé » (949 AL 0821) ou le fait que « son changement de comportement était peut-être dû [à ses] fréquentations » (914 AL 0321).

Quel est le sens de ces procédés ? On peut vraisemblablement y voir une volonté de déporter la responsabilité du trouble vers des éléments (ou des personnes) extérieurs à la sphère familiale. Partant, la possibilité d'imputer la responsabilité de la situation aux proches, autant qu'à la personne, est largement atténuée, permettant d'éviter les reproches et de maintenir la qualité de la relation. En outre, derrière ces opérations se cache peut-être également le souci de rendre la personne malade acceptable aux yeux des instances requises – les requérants intégrant sans doute la saturation du système de santé mentale, et s'en remettant à des logiques typiques de la charité.

4.3.2.2. *L'expression de la difficulté à demander l'hospitalisation contrainte*

D'autre part, l'insistance sur la description de la relation d'aidance fait émerger une figure particulière du proche, à partir des actions de soutien et de support posées à l'égard du malade. Ainsi, par exemple, cette lettre d'une mère requérant l'hospitalisation de son fils :

Cette requête est pour moi très pénible mais je pense qu'il est de mon devoir de demander de le protéger par une démarche de soins et de guérison avant qu'il ne se détruise lui-même, qu'il se fasse agresser, ou agresse à nouveau quelqu'un. [...] Vu les circonstances, j'aimerais que l'origine de cette requête soit confidentielle vis-à-vis de Martin, de manière qu'il ne coupe pas les contacts avec moi, qui reste activement présente pour le soutenir et l'aider. (927 AL 0421)

On retrouve en ce sens des manières de dire la loyauté vis-à-vis de la personne, et des expressions, plus marquées dans cette forme que dans les autres, d'une réticence à requérir une hospitalisation contrainte.

Ce troisième type de requête (*protéger la personne*) articule donc une problématisation du trouble à partir de ses effets pour la personne, mettant en avant la souffrance et la vulnérabilité de la personne, les composantes émotionnelles dominantes sont l'inquiétude et l'empathie, le style est plus ému, le registre dominant des attentes normatives est celui de la protection de la personne.

5. CONCLUSION : FAILLES ET ACCROCS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION DU POINT DE VUE DES PROCHES

À l'analyse, pour reprendre de manière plus systématique ces résultats, on distingue donc trois formes typiques de la requête d'hospitalisation contrainte.

	MOTIF PRINCIPAL : soigner la maladie	MOTIF PRINCIPAL : réparer l'ordinaire	MOTIF PRINCIPAL : protéger la personne
REGISTRE DE PROBLÉMATISATION	cadre médical, caractère pathologique du trouble	difficulté de la cohabitation, délitement de la structure familiale	souffrance et détresse de la personne
COMPOSANTES AFFECTIVES ET ÉMOTIONNELLES EXPRIMÉES	faible expression des composantes affectives et émotionnelles	étouffement, dépossession, crainte	inquiétude, impuissance
STYLE	détaché, factuel	vindictif	ému, suppliant
EXPRESSION MORALE DOMINANTE	évidence médicale	irritation, indignation	souci, empathie, mansuétude
DEMANDE DOMINANTE EXPRIMÉE	prise en charge médicale de la personne	droit au repos et à la quiétude des "autres" (extraction de la personne de son environnement)	protection de la personne vulnérable, aide charitable

Quelles conclusions peut-on tirer de ce travail ? Il semble possible de problématiser l'écart entre le cadre réglementaire (cadre légal et organisation des soins) qui organise le dispositif de l'hospitalisation contrainte et ses usages *ordinaires*. Dans cet écart résident certains des enjeux centraux de la familialisation des politiques de santé mentale à l'heure de la désinstitutionnalisation.

Si les requêtes articulées autour du premier motif (*soigner la maladie*) montrent une forte adéquation avec le cadre réglementaire et le programme d'action de l'hospitalisation contrainte, il n'en va pas de même pour celles dont le motif principal est la réparation de l'ordinaire ou la protection de la personne. Ces dernières donnent d'ailleurs lieu à une proportion bien plus grande de décisions du parquet de ne pas donner de suite favorable à la requête. Elles sont pourtant le lieu d'une formulation de ce que peut être l'expérience familiale de la désinstitutionnalisation, et d'expressions morales fortes. Celles-ci ne peuvent dès lors être écartées au seul motif qu'elles ne correspondent pas aux cadres réglant l'intervention médicale contrainte et l'extraction de la personne de son milieu de vie (loi PPM). Que du contraire !

Ces requêtes expriment des demandes liées à des expériences familiales spécifiques du trouble qui peuvent finalement être ramenées à deux modalités centrales : l'irritation (asphyxie, désespoir, crainte) et le souci (inquiétude, empathie, détresse).

Le deuxième motif de requête (*réparer l'ordinaire*) mène les familles à refuser (partiellement) leur enrôlement en tant qu'aïdants principaux, et à revendiquer un soutien de la part des institutions pour

alléger le fardeau¹⁷ de la cohabitation ou du maintien dans l'environnement. L'indignation, et souvent le ressentiment, qu'ils expriment montrent toute l'ampleur du délaissement et de l'abandon institutionnel dont ils s'estiment être les victimes, laissés à eux-mêmes face à des problèmes qu'ils considèrent devoir être pris en charge de manière plus collective et sociale.

Le troisième motif de requête (*protéger la personne*) mène les familles à requérir une aide pour la personne à l'origine d'un trouble dont les manifestations ne sont pas toujours inscrites dans un régime de problématisation médicale. La détresse sociale, la vulnérabilité et la fragilité des personnes sont identifiées comme des raisons nécessaires à l'intervention d'agences médicales, afin de ne pas laisser la personne face à elle-même, seule propriétaire de soi et de ses problèmes. L'inquiétude du proche constitue le vecteur de la formulation d'attentes d'actions collectives et sociales de protection et de compensation, les capacités de soutien émotionnel et matériel disponibles au sein des environnements familiaux étant identifiées comme insuffisantes, incomplètes ou inadaptées.

Ces requêtes articulées à ces motifs, malgré leur éloignement d'avec les prescriptions légales, permettent une première approche des *failles* du système des protections psychiatrique et psychosociale désinstitutionnalisées, du point de vue des proches issus des environnements familiaux, acteurs centraux et pourtant (se considérant) souvent marginalisés. Bien souvent, *plutôt que* ou à côté de la présentation de l'adéquation juridique d'une situation à des critères légaux, s'expriment des prétentions normatives. C'est pour cela qu'il est particulièrement important de s'intéresser aux registres normatifs qui sous-tendent les requêtes. Ils renseignent évidemment sur ce que sont les usages *ordinaires* du droit et le rapport *ordinaire* aux services de soin, mais plus largement, ils permettent de voir ce que sont les attentes des proches, pour eux et pour la personne malade.

Or, ces attentes ne semblent pas tant, ou essentiellement, exprimées en termes de rapport à une règle légale qu'à partir d'invocations de normes morales, en référence à ce qu'est une *vie bonne*, une *vie digne* ou une *vie juste*, que cela soit pour la personne au cœur de la requête ou pour les personnes requérantes (v. Ewald, 1987). Celles-ci vont mettre en récit l'incapacité pour les personnes, pour les environnements, pour le malade, d'avoir une vie jugée normativement souhaitable : un foyer apaisé, une possibilité de dormir la nuit, un droit à alléger les rapports de dépendance familiale, etc. En ce sens, elles constituent une modalité essentielle de documentation des failles et accrocs de la familialisation et du maintien dans le milieu de vie, ainsi qu'un indice de choix pour l'élaboration des politiques de santé mentale à l'heure de la désinstitutionnalisation, du point de vue des proches des personnes réputées malades.

17 — Au sujet de cette notion de « fardeau » et des limites de son usage comme concept, on lira l'article de Carpentier (2001).

BIBLIOGRAPHIE

- Barrett, Michèle, Mary McIntosh. 1982. *The anti-social family*. London : NLB.
- Béliard, Aude, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman, et Delphine Moreau. 2015. « C'est pour son bien. La décision pour autrui comme enjeu micro-politique ». *Sciences Sociales et Santé* 33(3):514.
- Blum, Pauline, Julie Minoc, et Florence Weber. 2015. « Familles en danger ? Psychiatrie, hébergement familial et vulnérabilité ». *Informations sociales* n° 188(2):6875.
- Boltanski, Luc. 1993. *La Souffrance à distance*. Éditions Métailié.
- Bungener, Martine. 1995. *Trajectoires brisées : familles captives de la maladie mentale à domicile*. Paris : Inserm.
- Carpentier, Normand. 2001. « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle ». *Sciences Sociales et Santé* 19(1):79-106.
- Chaltiel, Patrick. 2005. « Familles et psychiatrie : comment réduire les malentendus ». *Adolescence* 232 (2) : 33338.
- Chapireau, François. 2021. « La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode ». *L'information psychiatrique* 97(1):39-43.
- Daly, Mary, Jane Lewis. 2000. « The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States ». *The British Journal of Sociology* 51 (2): 28198, doi:10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x.
- De Munck, Jean, Jean-Louis Genard, Olgierd Kutty, Didier Vrancken, Didier Delgoffe, Jean-Yves Donnay, Martin Moucheron, et Claude Macquet. 2003. *Santé mentale et citoyenneté: les mutations d'un champ de l'action publique*. Gent: Academia Press.
- Demazière, Didier. 2013. « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues ». *Sociologie* Vol. 4(3):33347.
- Emerson, Robert M. 1981. « On Last Resorts ». *American Journal of Sociology* 87(1):122.
- Emerson, Robert M. 2009. « Ethnography, Interaction and Ordinary Trouble ». *Ethnography* 10(4):53548.
- Esping-Andersen, Gøsta. 2007. *Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ewald, François. 1987. « Justice, Equality, Judgement: On "Social Justice" ». P. 4990 in *Juridification of Social Spheres: a Comparative Analysis in the Areas of Labor, Corporate, Antitrust and Social Welfare Law*. Berlin ; New York.
- Eyraud, Benoît, Sandra Bascougnano. 2013. « Évaluer les (in)capacités civiles. Une enquête sur la médicalisation de la protection juridique ». *Recherches familiales* 1 (10) : 149-69.
- Fassin, Didier. 2000. « La Supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 55(5):95381.
- Fineman, Martha L. A. 1995. « Masking Dependency: The Political Role of Family Rhetoric ». *Virginia Law Review* 81(8):21812215.
- Fraenkel, Béatrice. 2007. « Actes d'écriture : quand écrire c'est faire ». *Langage et société* 121122(34):10112.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Éditions de Minuit.
- Kovess-Masféty, Viviane, et Murielle Villani. 2019. « Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales ». *Revue française des affaires sociales* (1):5574.
- Lewis, J. 1995. « Family Provision of Health and Welfare in the Mixed Economy of Care in the Late Nineteenth and Twentieth Centuries ». *Social History of Medicine: The Journal of the Society for the Social History of Medicine* 8(1):116.
- Majerus, Benoît. 2018. « La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970? » in *Fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*, édité par M.-C. Thifault, H. Guillemain, et A. Klein. Rennes: PUR.
- Protas, Caroline. 2017. *Sous l'emprise de la folie?: l'expertise judiciaire face à la maladie mentale, 1950-2009*. Paris: Éditions EHESS.
- Thunus, Sophie. 2015. « The System for Addressing Personal Problems. From Medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Mental Health and Psychiatric Institutions ». University of Liège, Liège.
- Ward, John. 2021. « La place des familles dans l'hospitalisation sous contrainte ». *Vie sociale* 33(1):99116.
- Warren, Carol A. B., et Sheldon L. Messinger. 1988. « Sad Tales in Institutions: A Study in the Microsociology of Knowledge ». *Journal of Contemporary Ethnography* 17(2):16482.