Commission doctorale du domaine « sciences politiques et sociales »
Institut de recherche interdisciplinaire Saint-Louis (IRIS-L)

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de la communication
Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie - études et recherches (CASPER)
Centre de recherches et d'interventions sociologiques (CESIR)

SORTIR DE L'INTERNEMENT

Une sociologie des pratiques professionnelles en psychiatrie légale : entre autonomie et dangerosité

Thèse réalisée par
Sophie De Spiegeleir

en vue de l'obtention du grade de
Doctorat en sciences politiques et sociales

Membres du jury :

Yves Cartuyvels
Professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, *promoteur*
Nicolas Marquis
Professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, *promoteur*
Valérie Aucouturier
Professeure, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, *lectrice*
Livia Velpry
Maitresse de conférence, Université Paris 8 – Saint-Denis, *lectrice*
Aurélie Damamme
Maitresse de conférence, Université Paris 8 – Saint-Denis, *lectrice extérieure*
Nicolas Sallée
Professeur, Université de Montréal, *lecteur extérieur*
Abraham Franssen
Professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, *président*

Bruxelles
Année académique 2024-2025

Sortir de l’internement

Une sociologie des pratiques professionnelles en psychiatrie légale : entre autonomie et dangerosité

« Stories stay with us »

(Lareau, 2021, p. 261)

« Oh, man, I have a lot of self-doubts. I think the best thing to do, when I really run into trouble, is remember the saying "Hard writing makes for easy reading". […] But the important thing is to push through, to not become depressed. I try to remember that we're all amateurs at this, and every time I sit down it's like the first time. I battle doubts all the time about whether or not this thing is working or that thing is working, whether or not the idea is good. »

(Conversation between Stephen King and Joe Hill on October, 20, 2019 *in* King, 2020, p. 307)

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières 5
Remerciements 11
Résumé 15
Abstract 16
Acronymes 17
Liste des encadrés, figures et annexes 18

INTRODUCTION GENERALE

Rencontre avec l'internement 20
Un projet interdisciplinaire comme point de départ 21

I. L'internement, entre soin et sécurité : tourner le regard vers la (préparation à la) sortie 24
1. L'internement ou un trajet de soins calqué sur la sécurité 24
2. Un objet à la croisée de plusieurs disciplines : un intérêt pour la place du pénal dans les pratiques de soins en santé mentale 29
3. Une inscription théorique dans la lignée de la socio-anthropologie des pratiques professionnelles d'aide et de soin 31

II. Analyser les pratiques professionnelles dans un contexte de sûreté… et d'incertitude 35
1. Les pratiques professionnelles de l'internement : un fort ancrage prudentiel 36
2. Pour une sociologie pragmatique de l'évaluation et de l'intervention en psychiatrie légale 38

III. L'enquête sur l'enquête : réflexions méthodologiques 40
1. Ethnographier les pratiques professionnelles de l'internement : le matériau empirique 42
2. Négocier le terrain dans les UPML : un processus continu 44
A. Psychologues et criminologues : les principaux acteurs des négociations 45
B. Se présenter ou être imposée : l'importance de clarifier les attentes 48
C. Préserver l'autonomie de ma démarche : une sociologie *de la* clinique et *de la* psychométrie 50
D. Observer au sein des UPML : négocier sa place entre deux groupes ou la non-nécessité de choisir un camp 53

IV. Structure et écriture de la thèse 56
1. Une thèse, trois parties, six chapitres : contexte, évaluation, intervention 56
2. (D)écrire le terrain : quelques considérations 59

PREMIERE PARTIE
L'INTERNEMENT EN CONTEXTE ET LE CONTEXTE DES PRATIQUES

Introduction de la première partie 62

Chapitre 1. Genèse d'un compromis entre soin et sécurité : regard sociohistorique sur les réformes légales de l'internement 64

Introduction du chapitre 1 65

I. De 1804 à 1930 : aux origines de la défense sociale 68

1. Un régime indifférencié pour « tous les aliénés » 68
2. Un régime spécifique pour les aliénés « dangereux » 70

II. De 1930 à 2007 : l'essor de la défense sociale 72
1. La consécration d'un compromis : la loi du 9 avril 1930 72
2. Réformer la défense sociale : la loi du 1er juillet 1964 75
3. La défense sociale contestée 77

III. À partir de 2007 : des suites de la défense sociale 78
1. Trouble mental et « retour du droit » : la loi du 21 avril 2007 79
2. L'internement comme « trajet de soins » : la loi du 5 mai 2014 81
A. La phase de décision : l'expertise psychiatrique et l'irresponsabilité pénale 82
B. La phase d'exécution : le placement 85
C. La phase de réinsertion : la libération à l'essai *dans* et *hors* les murs 88
3. Objets de soin, sujets de droit : deux siècles d'évolutions sociolégislatives 92

IV. Au-delà de la défense sociale : les réformes psychiatriques 93
1. Réformer la loi de 1850 : protéger les « malades mentaux » 94
A. La protection des « malades mentaux » : la loi du 26 juin 1990 94
B. La psychiatrie se déshospitalise 96
2. Encourager une politique « hors les murs » : la réforme 107 97
A. Un modèle global et des fonctions spécifiques 98
B. La réforme 107 et l'internement : un pas vers un régime commun ? 101

Conclusion du chapitre 1 104

Chapitre 2. Modèles et conditions d'intervention des terrains d'enquête : les unités psychiatriques médico-légales et les équipes mobiles TSI 107

Introduction du chapitre 2 108
I. Des nouveaux dispositifs pour la prise en charge des personnes internées 111
1. Des unités psychiatriques médico-légales pour « vider les annexes » 111
A. L'internement « de défense sociale » à l'hôpital psychiatrique 112
B. Une place « d'entre-deux » dans le trajet de soins 116
2. Des équipes mobiles Trajet de Soins Internés : de l'ambulatoire dans l'internement 117
A. Une prise en charge ambulatoire non-contraignante pour les personnes internées 118
B. Une place tout au long du trajet de soins 120

II. Dans et hors les murs : les (non-)lieux de l'intervention 121
1. À l'intérieur des murs des UPML 121
A. Des régimes d'ouverture différents 122
B. Passer les portes des UPML, comprendre l'agencement des espaces 122
C. Réguler les sorties et l'accès à certains lieux 125
D. Ambiance et fragments sensoriels 127
2. Hors les murs : l'interstitialité de l'équipe mobile TSI 128

III. Division du travail professionnel : qui fait quoi ? 131
1. Différenciation professionnelle à l'UPML 132
A. L'équipe soignante : un travail séquencé de première ligne 132
B. Le reste de l'équipe : travail social, (para)médical et thérapeutique 135
Gérer les situations administratives et financières 136
Mettre en activité 137
Travailler sur les ressources, gérer les difficultés 137
Gérer les candidatures 139
Prescrire et rendre des comptes à la Justice 139
C. Faire équipe : collaborer sans diluer les fonctions 141
Chacun sa fonction 141
Réunions d'équipe et mises en commun 143

2. À l'équipe mobile TSI, le groupe fait l'équipe 143
A. Pluridisciplinarité et travail en binôme 144
B. Le groupe plus que les expertises individuelles 144

IV. Des modèles de soin : tri des patients, prévention des risques et rétablissement 145
1. Répartir les patients internés en fonction du risque qu'ils représentent : quand soigner signifie bien orienter 147
A. Du « tri diagnostique » au « tri sécuritaire » 148
B. Sécurité thérapeutique et volonté de prédire les risques de récidive et de violence 150
Sécurité thérapeutique : gérer les risques pour mieux soigner 151
Échelles de risque : mesurer et prédire les risques pour mieux soigner 153
2. « Tout pour le patient mais avec le patient » : quand soigner signifie rétablir 155

Conclusion du chapitre 2 159

Conclusion de la première partie 161

DEUXIEME PARTIE
L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET L'AUTONOMIE DE L'EVALUATION

Introduction de la deuxième partie 163

Chapitre 3. Accepter un patient interné prêt à se responsabiliser : l'évaluation des candidatures 165

Introduction du chapitre 3 166
I. Le « traitement des candidatures » : délibérer pour mieux évaluer 169
1. Retracer la « carrière » des candidatures : une série de dispositifs 169
2. …pour rassurer l'incertitude 173

II. Les réunions de candidatures : définir ensemble les critères du « bon candidat » 174
1. Penser l'après avant même d'être admis : la dimension prospective de l'évaluation 176
2. Accepter un candidat-patient prêt à faire quelque chose de sa situation : l'autonomie-responsabilité comme critère principal de la pertinence d'une admission 181

III. La période d'essai : observer et évaluer la personnalité du candidat-patient 183
1. Recourir à une période d'essai : objectifs formels et présentation du dispositif 184
2. L'exemple de Monsieur Sana : la personnalité qu'on ne peut pas changer 186

IV. Les épreuves institutionnelles et organisationnelles du « traitement des candidatures » 192
1. Éviter la stagnation en prison et fluidifier les trajets de soins : la délicate question des refus d'admission 193
A. Embarras d'ordre humanitaire et institutionnel 193
B. Rotation des lits et agencement des chambres : un obstacle pour les candidatures de femmes internées ? 195
2. Le « traitement des candidatures », révélateur des enjeux de différenciation professionnelle 196
A. Engager l'équipe soignante dans le traitement des candidatures 197
B. L'arrivée d'un nouveau patient à l'UPML : accueillir et aligner la prise en charge sur les évaluations précédentes 199

Conclusion du chapitre 3 203

Chapitre 4. Mesurer la réinsérabilité des patients internés : l'évaluation des projets de sortie 206

Introduction du chapitre 4 207

I. L'évaluation de l'autonomie : un projet « sans risque » comme critère d'évaluation de la pertinence d'une sortie 209
1. Une évaluation essentiellement délibérative 210
A. L'organisation et la division temporelle du séjour, un dispositif d'évaluation en soi 210
B. Observer, délibérer, laisser des traces, *repeat*. 211
2. Les référentiels de l'autonomie dans le contexte de l'internement : le primat de la responsabilité morale et du « bon » comportement 214
A. « Être acteur de sa gestion quotidienne » : l'autonomie-indépendance 216
B. Celui « qui fait des blagues est dans le lien » : l'autonomie-socialisation 217
C. « Il est capable de se positionner, donc c'est cool » : l'autonomie-responsabilité 219

II. L'évaluation de la réinsérabilité des patients aux prises avec une temporalité limitée et un contexte pénal prégnant 223
1. « On va devoir accélérer à fond la caisse, on a des évaluations à la pelle ! » : une évaluation qui court après le temps 224
A. Un manque de temps pour l'évaluation 224
B. Un temps nécessaire à la réflexion 227
2. « C'est la justice qui tranche » : les décisions pénales de l'évaluation clinique 228

III. Recourir à des outils psychométriques, une menace pour l'évaluation prudentielle ? Regard pragmatique sur les échelles de risque 231
1. Observer l'usage des échelles psychométriques : une épreuve ethnographique 233
A. Les échelles et leurs manuels : des outils d'évaluation protégés 233
B. La « passation d'échelles » *en train de se faire* : une pratique difficile à observer 237
2. L'évaluation du risque performée et formalisée par les criminologues : l'exemple de la HCR-20 et de la SAPROF 239
3. Le régime de la prudence plutôt que de la prévision : quand « coter » et « cocher » relèvent du pari 244
A. L'analyse des échelles : le pari du discernement 245
B. La diffusion du résultat des échelles : un besoin de transparence pour l'équipe, une vitrine pour la psychologie légale 247
C. Déclarer un patient à risque : un risque d'immobilisme pour l'action des professionnels 250

Conclusion du chapitre 4 252

Conclusion de la deuxième partie 254

TROISIEME PARTIE

RENDRE AUTONOME : DES PRATIQUES D'INTERVENTION ET L'INTERVENTION EN QUESTION

Introduction de la troisième partie 257

Chapitre 5. Travailler l'autonomie : des pratiques de contrainte et la contrainte des pratiques 260

Introduction du chapitre 5 261

I. Faire adhérer au cadre : entre normalisation et accommodation 264

1. « Normalement, c'est une cigarette par heure » : le rappel continu des règles....265
2. Jouer avec les minutes : des soignants pragmatiques....267
II. Ajuster l'autonomie : des usages gradués de la contrainte....269
1. Menaces, promesses et autres ruses en UPML : agir sur la volonté du patient....271
A. « Pas d'injection, pas de sorties » : le volontarisme contraint....272
B. « Je vais l'attirer avec sa cigarette » : l'adhésion utilitaire....273
C. « Ça, on ne va pas lui dire » : l'habileté....274
D. « Ce n'est pas le patient idéal pour l'IHP » : la contrainte sur les pratiques....276
2. Convaincre sans contraindre ? Le cas de l'équipe mobile TSI....278
A. « Décaler » le patient ou l'art de la persuasion....279
B. Les *impresario* du trajet de soins....280
III. Soigner ou sanctionner : (faire) agir face à la transgression....284
1. Recourir à la sanction pour gérer les consommations de substances illicites à l'UPML....285
A. « Si on exclut un patient qui consomme, on n'a plus de patients »....285
B. Des formes de mises à l'écart temporaires : suppression des sorties et isolement....287
2. Dépister la transgression, faire avouer le transgresseur : en quête de preuves et de responsabilité....289
A. Susciter l'aveu, repérer la transgression....290
B. L'idéal de l'aveu spontané ou du « patient-partenaire »....292
C. La sanction : un dispositif de responsabilisation et de réparation....293
3. Du soupçon à la sanction : une pratique d'entre-soi....295
A. « Ce n'est vraiment pas la meilleure journée au monde, je déteste ça ! » : endosser le rôle de soignant-policier....296
B. Des pratiques de soin pénalisées....298
Conclusion du chapitre 5....301

Chapitre 6. Éprouver le travail d'autonomie, protéger l'intervention : enjeux de réflexivité professionnelle....303

Introduction du chapitre 6....304
I. L'épreuve de l'autonomie mal ajustée : l'intervention menacée....307
1. « On n'est pas en train de faire un mauvais travail avec lui » : qualifier le problème, trouver des solutions, évaluer l'intervention....309
2. L'usure en salle : (dys)fonctionnements institutionnels et enjeux éthiques....315
A. « Il faut en parler au responsable » : l'autorité du discours psychiatrique....318
B. Éviter le risque d'arbitraire : des contraintes morales et institutionnelles....319
3. « Un TDAH à du 100 kilomètres/heure » : une nouvelle interprétation pour sortir de l'impasse....320
II. Formaliser (l'évaluation de) l'intervention, mobiliser des expertises externes....324
1. Formalisation, coresponsabilité et mise à distance d'un exercice difficile : l'exemple du cahier d'hospitalisation....324
2. Des formes externes de soutien à la professionnalité : partage d'expérience et d'expertise....328
III. « Pas tout à fait une franche victoire thérapeutique » : décider d'arrêter l'intervention....332
1. « La plus grande dangerosité, c'est la recherche du clivage de notre équipe » : de l'intervention sur la dangerosité à l'intervention en danger....333
2. La police à l'UPML pour sauver l'équipe....336
Conclusion du chapitre 6....339
Conclusion de la troisième partie....341

CONCLUSION GÉNÉRALE

I. Préparer à la sortie de l'internement : évaluer et travailler l'autonomie dans un contexte de sûreté 345
II. Prolonger la réflexion : d'autres acteurs, d'autres lieux, d'autres croisements 352
1. Analyser les processus décisionnels et d'expertise en amont 353
2. Saisir l'expérience des patients internés et celle de leurs proches 354
3. Ethnographier d'autres lieux d'internement 355
4. Croiser d'autres scènes de la santé mentale et de la psychiatrie légale 356

Annexes 358
Bibliographie 365

REMERCIEMENTS

Mon expérience doctorale fut belle ; non seulement car le sujet choisi m'a intéressée tout au long du parcours, mais aussi parce que j'ai eu la chance d'être entourée par des êtres (humains et non-humains !) qui, par leur bienveillance, leur patience et leur confiance m'ont permis d'atteindre la ligne d'arrivée dans la sérénité. Que leur présence ait été constante ou ponctuelle, réelle ou virtuelle, ces premières pages leur sont dédiées.

La thèse n'aurait eu que très peu de sens sans l'accès privilégié dont j'ai bénéficié auprès des professionnels de l'internement et, en particulier, des « acteurs » des terrains à l'étude[1]. Vous avez accepté que je fasse partie de « vos » murs, en m'ouvrant les portes de vos lieux de travail et en me laissant observer et recenser, l'espace de quelques mois, vos paroles et vos actes. L'observation des coulisses de votre travail invite à beaucoup d'humilité. J'ai appris énormément à vos côtés, tant sur l'exécution pratique de l'internement que sur le plan humain. Merci infiniment pour votre confiance. Et si la thèse porte principalement sur les pratiques professionnelles, je n'oublie pas les personnes directement concernées par la mesure de sûreté, les personnes internées. Vous n'avez pas vraiment eu votre mot à dire quant à ma présence dans votre quotidien et pourtant, au détour d'une conversation ou d'une partie de *kicker,* vous avez toujours montré beaucoup de sympathie et d'intérêt pour ma démarche. Soyez-en remerciés.

L'expérience de la thèse aurait sans doute été moins sereine sans l'encadrement exemplaire que j'ai reçu à la fois des promoteurs de ce travail et aussi du comité d'accompagnement. Yves, à tes côtés, j'ai appris à écrire seule et à quatre mains, à enseigner seule ou à deux voix et peut-être aussi, tout simplement, à chercher. Je me souviens du jour où tu m'as suggéré de « perdre mon temps intelligemment » pendant la thèse, soulignant l'importance de ne pas rester cantonnée à la thématique de l'internement, mais d'ouvrir mon esprit à d'autres sujets, d'autres façons de faire et de penser. C'était un excellent conseil, qui me sert encore aujourd'hui. Nicolas, j'ai découvert une passion pour la sociologie[2] grâce à tes premiers cours dispensés à l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (FUSL à l'époque), et en particulier à la démarche pragmatique. Tes conseils, toujours avisés, pour affiner et appuyer mes analyses ont été très précieux tout au long de la rédaction des chapitres. Je ne croyais pas beaucoup en moi au début de ce parcours doctoral, mais la confiance que vous avez tous les deux placée dans mon travail

[1] Je dois malheureusement anonymiser les noms et les institutions pour les besoins de la thèse ; j'espère qu'ils se reconnaitront.
[2] Sans oublier l'anthropologie, grâce aux cours de Jean-Pierre Delchambre.

et mes capacités m'a beaucoup aidée. J'ai également eu la chance d'être épaulée, pendant toute la durée de la thèse, par Valérie Aucouturier et Livia Velpry, membres de mon comité d'accompagnement. Vous avez montré beaucoup de compréhension et de flexibilité à mon égard (quand je repoussais une *deadline* ou demandais une réunion supplémentaire).Vos remarques sur les versions antérieures des différents chapitres ont toujours été pertinentes et ont, sans aucun doute, élevé les analyses que je tentais de proposer. Je vous remercie tous les quatre chaleureusement, ainsi qu'Aurélie Damamme et Nicolas Sallée pour avoir accepté de lire ma thèse et de faire partie du jury.

La thèse doit beaucoup au projet AutonomiCap, que je présente brièvement dans l'introduction générale. Aux côtés de Valérie Aucouturier, d'Yves Cartuyvels et de Nicolas Marquis, déjà remerciés plus haut, j'exprime également toute ma gratitude envers Abraham Franssen, Isabelle Hachez, Yannick Vanderborght, ainsi que Louis Bertrand, Basil Gomes, Noé Rimbourg, et j'adresse un merci tout particulier à Miranda Boldrini, Nicolas Hanquet et Louis Triaille : votre amitié est précieuse et votre présence tout au long de ce parcours fut… *royale* ! Merci également aux centres de recherche, le CASPER et le Césir, et leurs directeurs et directrices, qui ont hébergé mon projet de recherche, ainsi qu'aux collègues sociologues et anthropologues qui y sont rattachés ; en particulier, Cynthia Dal, Véronique Degraef, Emmanuelle Lenel, Fadoua Messaoudi, Sophie Pesesse, François Rinschbergh et Juliette Woitchik, sans oublier les collègues en communication, la team du C8. Je me souviens avec nostalgie de nos participations à des colloques ou séminaires, de nos lunchs au Club house (à midi pile !) et de nos verres au Caber'. Je remercie aussi David Sonnewald pour son amitié et Olivia Nederlandt pour le partage d'expérience et de ressources, ainsi que Sarah Auspert, Loredana Guerriero, Chloé Daelman et Lison Demichelis, pour le soutien administratif, technique et parfois même, émotionnel. J'ai également une pensée pour les « collègues », rencontrés lors d'événements internationaux, qui m'ont donné de très bons conseils : un merci particulier à Marcos Azevedo, Julia Legrand et Delphine Moreau.

En mars 2020, quand la Belgique se confina en raison de la pandémie du Covid19, je venais d'entamer ma thèse. Durant cette période, les contacts virtuels, via les réseaux sociaux notamment, ont été une ressource précieuse pour tenir bon. Merci à la communauté « Twitter » (comme on l'appelait à l'époque) et aux nombreuses personnes, doctorantes pour la plupart, rencontrées sur la toile ; un merci particulier à Audrey Linder et Gaspard Bouhallier.

En mars 2022, j'ai débarqué sur le sol canadien pour y mener un séjour de recherche à l'Université d'Ottawa. L'expérience fut très enrichissante grâce à l'accueil chaleureux qui me fut réservé et qui rendit plus supportables les températures négatives du « printemps » canadien. J'adresse un merci tout particulier à Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet, Pierre Pariseau-Legault et Nicolas Sallée pour leur accueil, leur écoute et les nombreuses opportunités offertes pour présenter les avancées de ma recherche ; sans oublier Valérie Costanzo et mes deux camarades, Anne Thibault et Florence Brosseau. Grâce à vous, j'ai enfin découvert les fameuses queues de castor ! Merci aussi à Jean-François Cauchie, Isabelle Perreault, Dahlia Namian et Alexandre Klein pour votre disponibilité et nos échanges très constructifs.

La dernière année de rédaction, qui fut aussi belle (car pleine d'espoir) que difficile (car épuisante), s'est combinée à un autre travail de recherche, à mi-temps, au sein de l'Institut National de Criminologie et de Criminalistique (INCC). Je ne pouvais pas rêver mieux comme environnement de recherche pour boucler ce gros travail. Un merci particulier à Christophe Mincke, Alexia Jonckheere et Eric Maes, pour votre soutien et votre flexibilité face aux aléas de la rédaction. Terminer mon doctorat tout en travaillant à vos côtés, ainsi qu'avec le reste de l'équipe, a considérablement facilité l'aboutissement de la thèse.

Si l'environnement de travail est important pour la bonne réalisation d'une thèse, l'entourage familial et amical l'est tout autant. Mouxet, Monique et Paguy, merci pour votre intérêt dans mon travail doctoral et pour votre écoute. Vous vous êtes toujours assurés que je ne manque jamais d'un bon (gros) plat à déguster. Chacun à votre façon, vous êtes de merveilleux grands-parents. Maman et Papa, merci d'avoir si bien veillé sur moi. Je crois qu'en me mettant au monde il y a trois dizaines d'années, vous étiez loin d'imaginer qu'un jour, j'animerais de nombreux diners de famille avec les enjeux sociaux liés à la folie criminelle. Et vous avez relu chaque page de ce manuscrit avec attention et de véritables yeux de lynx. Sans conteste, le style et la forme de la thèse vous doivent énormément[3]. Antoine (ou Crani), si tu es le petit frère (bien qu'on puisse parfois en douter – la pique est gratuite), et si j'ai commencé l'université avant toi, tu es une des toutes premières personnes à m'avoir donné l'envie de faire de la recherche. La façon dont tu as entrepris tes études de droit, dès la première année du baccalauréat, avec passion et détermination (tes professeurs s'en souviennent, c'est certain), a toujours été et continue d'être une source d'inspiration. Merci pour tes relectures très fines et

[3] Bien entendu, s'il reste des coquilles et des erreurs dans le texte, j'en porte l'entière responsabilité.

tes commentaires toujours pertinents sur le contenu des chapitres[4]. Merci aussi à ta petite famille, Lola et Arthur, pour votre présence à la fois douce et solaire et votre intérêt sincère pour mon travail (Arthur ne parle pas encore mais on sait tous qu'il est déjà très intéressé !). Enfin, une petite pensée poilue à nos amours félins : Grisou, l'indocile ; Ceci, la magnifique et Edgar, paix à ton âme, le pot-de-colle affectueux. C'est évident qu'entre deux croquettes et trois ronronnements, vous avez contribué à la bonne avancée de cette thèse.

Un immense merci aussi à mes chers et chères ami-es. Vous êtes une sorte de « famille choisie » (comme dans *Fast and Furious*). Laura, Lise, Maude, Olmo, Patrick et Pierre : merci pour votre amitié et votre enthousiasme par rapport à mon doctorat. Vous avez été une montagne de compréhension et j'ai le sentiment que vous n'avez jamais cessé de croire en moi. And a special thought for Daniela, Nilsa and Stash, so far away and yet so close. Sans oublier les ami-es du badminton, de la pole dance et du cerceau aérien : ces heures de sport et de rigolade ont toujours fait beaucoup de bien à mon cerveau. Je tiens, enfin, à remercier tout particulièrement Caroline, Julie et Solène. Toutes les trois vous avez été mon *coven*, mes sorcières bienveillantes, ou comme l'a joliment évoqué l'écrivain français, Patrick Modiano, vous faites partie de ces « êtres mystérieux, toujours les mêmes, qui se tiennent en sentinelles à chaque carrefour de notre vie »[5], et de ma vie de doctorante très certainement. Je vous suis infiniment reconnaissante de m'avoir portée et aussi supportée (soyons honnêtes) depuis que l'on se connait. Vous avez été là pour célébrer mes (petites) victoires de thèse (un abstract accepté, ça vaut bien un Spritz) et panser mes (petits) échecs (la comédie romantique au cinéma après une grosse crise de larmes, ça aide vraiment). J'espère que je vous rends la pareille. Vous êtes incroyables, ne changez pas.

Et merci à toi, David, pour ton soutien et tes conseils. Comme les étoiles que tu chéris, tu guides et illumines mon quotidien.

[4] Pour les éventuels lecteurs qui s'inquièteraient de l'avenir de nos diners de famille une fois ma thèse terminée, n'ayez crainte, la relève est prise car le frangin fait en réalité souvent « comme l'ainée » et a de quoi nourrir les fêtes familiales de ces analyses doctorales juridico-philosophiques pour encore quelques années !
[5] Modiano, P. (1975). *Villa triste*, Gallimard, Paris.

RESUME

Qu'est-il attendu des personnes sous mesure d'internement dans la perspective de leur réinsertion sociale et comment celle-ci est-elle envisagée ? En Belgique, l'internement est une mesure de sûreté restrictive ou privative de liberté pour les personnes ayant commis une infraction pénale et qui, en raison d'un trouble mental présent au moment de la décision judiciaire, sont déclarées irresponsables de leurs actes. Encadrée par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement entrée en vigueur le 1er octobre 2016, cette mesure poursuit un double objectif : protéger la société d'individus présentant un potentiel de dangerosité et leur dispenser les soins nécessaires afin de préparer leur réinsertion. Fondée sur une rationalité hybride entre soin et sécurité, la mesure s'organise aujourd'hui autour d'un « trajet de soins » (TSI) au cours duquel il est attendu que la personne internée devienne (plus) autonome en prévision d'un retour dans la société. Ce trajet se concrétise autour d'un travail d'autonomie qui prend place principalement au moment de la libération à l'essai, phase probatoire de la mesure, lors de laquelle la personne internée intègre des lieux de soins en santé mentale qui présentent un niveau de sécurité plus ou moins élevé. Puisant dans la sociologie des professions et la sociologie des pratiques d'aide et de soin, et sur la base de deux terrains ethnographiques (observations et entretiens) auprès de deux unités psychiatriques médico-légales et d'une équipe mobile TSI, la thèse interroge la préparation à la sortie de l'internement. Deux pans de ce travail sont abordés : d'une part, l'analyse des pratiques d'évaluation de l'autonomie et du niveau de réinsérabilité de la personne internée fait apparaitre que l'autonomie, évaluée de façon clinique ou psychométrique, est mise en tension avec la notion de dangerosité et revêt une dimension foncièrement morale. Et d'autre part, l'enquête se penche sur les pratiques d'intervention des équipes professionnelles qui ont recours à des formes graduées de contrainte, mobilisant notamment l'usage de la sanction, dans le but de rendre les personnes internées suffisamment autonomes. Il ressort que le contexte social et institutionnel de l'internement pèse considérablement sur ces pratiques, ce qui met souvent à rude épreuve le travail des professionnels. Ces derniers sont amenés à repenser continuellement, à nouveaux frais, le cadre de leur activité.

Mots-clés : *internement ; libération à l'essai ; autonomie ; dangerosité ; contrainte ; évaluation ; intervention ; ethnographie ; professions à pratiques prudentielles*

ABSTRACT

What is expected of individuals who are interned with a view to their social reintegration, and how is this reintegration envisioned? In Belgium, internment is a restrictive or custodial security measure imposed on individuals who have committed a criminal offence and who, are declared irresponsible for their actions because of a mental disorder present at the time of the judicial decision. Regulated by the Belgian statute of 5 May 2014 on internment, which came into force on 1 October 2016, this measure has a dual objective: to protect society from individuals who are potentially dangerous and to provide these individuals with the necessary care to prepare for their reintegration. Based on a hybrid rationale of care and security, this measure is now organized around a "care trajectory" during which the internee is expected to become (more) autonomous in preparation for their return to society. This pathway takes the form of autonomy-building work, which takes place mainly at the time of release on probation, during which the internee enters mental health care facilities offering a greater or lesser level of security. Drawing on the sociology of professions and the sociology of care practices and based on two ethnographic fieldwork sites (observations and interviews) in two forensic psychiatric units and a mobile team for internees, the doctoral research examines the preparation for release from internment. Two aspects of this work are explored. On the one hand, an analysis of practices for assessing the autonomy and level of reinserability of internees reveals that autonomy, whether assessed clinically or psychometrically, is in tension with the notion of dangerousness and has a fundamentally moral dimension. On the other hand, the study looks at the intervention practices of professionals, who use gradually more intense forms of coercion, in particular the use of sanctions, in order to render internees sufficiently autonomous. It emerges that the social and institutional context of internment has a considerable impact on these practices, which often puts the work of professionals to a severe test. As a result, they must continually rethink and reinvent the framework of their professional activity.

Key words: *internment; probation release; autonomy; dangerousness; coercion; assessment; intervention; ethnography; prudential practices*

ACRONYMES

AICS	Auteurs d'infraction à caractère sexuel
AJ	Assistant de justice
CDPH	Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CPAS	Centre public d'action sociale
CPL	Centre de psychiatrie légale
CPS	Chambre de protection sociale
DD	Double diagnostic
DGEPI	Direction générale des établissements pénitentiaires
DPI	Dossier du patient informatisé
EDS	Établissement de défense sociale
EM	Équipe mobile
HPS	Hôpital psychiatrique sécurisé
IHP	Initiatives d'habitations protégées
MEO	Mise en observation
MJ	Maison de justice
MSP	Maisons de soins psychiatriques
OIP	Observatoire international des prisons
PE	Période d'essai
PU	Prise d'urine
SDS	Section de défense sociale (en prison)
TAP	Tribunal de l'application des peines
TSI	Trajet de soins internés
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée (en France)
UPML	Unité psychiatrique médico-légale
USIP	Unité de soins intensifs psychiatriques

LISTE DES ENCADRES, FIGURES ET ANNEXES

Encadré 1. La littérature en psychologie et en psychiatrie légale…… 30
Encadré 2. Mener des entretiens avec les patients internés ? …….. 44

Fig. 1. Structure de la thèse et questions de recherche par chapitre.……... 59
Fig. 2. Le parcours d'internement…….……... 91
Fig. 3. Horaire-type d'une journée à l'UPML…….…….. 135
Fig. 4. Le traitement des candidatures…….……..... 173

Annexe 1. Tableau récapitulatif du matériau empirique …….…….……. 358
Annexe 2. Liste de questions pour cadrer les entretiens.……..……..…. 361
Annexe 3. HCR-20 (historique) complétée pour Monsieur Z. …….…. 362
Annexe 4. HCR-20 (clinique et risque) complétée pour Monsieur Z. ……..……. 363
Annexe 5. SAPROF (protection) complétée pour Monsieur Z. …….. 364

INTRODUCTION GENERALE

RENCONTRE AVEC L'INTERNEMENT

Le 16 décembre 2019, je me rends pour la première fois dans ce qui est communément appelé un « hôpital psychiatrique ». L'établissement est situé en Belgique francophone dans un endroit boisé et plutôt reculé. Une des unités de soins de l'hôpital accueille des personnes soumises à une mesure d'« internement pénal ». Déclarées irresponsables des faits infractionnels qu'elles ont commis, ces personnes sont atteintes de graves troubles mentaux et présentent potentiellement un risque pour la société.

Ce jour-là, grisaille et « drache » nationale accompagnent ma visite. Dès mon arrivée, après avoir franchi l'entrée principale, une dame à l'entrée s'enquiert de l'objet de ma venue : je lance sur un ton mal assuré que « j'ai rendez-vous avec le psychiatre ». Elle me regarde, l'air étonné ; sans doute attend-elle plus d'informations. Je reprends : « euh, je veux dire, je suis anthropologue et j'ai rendez-vous avec le psychiatre, le docteur P., dans le cadre de ma thèse de doctorat ». Soudain, derrière moi, un homme assez grand, vêtu d'une tenue confortable, s'exclame : « Anthropologue ! Ce n'est pas plutôt pour étudier les tribus ? ». Quelque peu impressionnée, je ne trouve pas mes mots. Après réflexion, j'aurais pu lui rétorquer que, selon moi, la psychiatrie légale et hospitalière peut tout à fait être caractérisée de « tribu », au sens où elle constitue un groupe social qui obéit à des règles, des hiérarchies, des coutumes et rassemble une multitude d'acteurs et de lieux. J'aurais également pu me présenter comme sociologue, mais dans l'émotion du moment, je n'ai pu qu'acquiescer et sourire poliment.

La dame m'indique ensuite le chemin pour me rendre au bureau du psychiatre. Je monte une volée d'escalier et arrive dans un couloir aux couleurs pâles. Des petits carrelages décorent le sol. Quelques chaises sont disposées devant ce qui semble être le bureau du médecin. Je m'installe, dans l'attente qu'on vienne me chercher. Un homme d'une quarantaine d'années, habillé en tenue de sport, déambule dans le couloir. Il prend place sur la chaise juste à côté de la mienne. Je réalise rapidement que la partie inférieure gauche de ma longue veste d'hiver est coincée sous sa cuisse. Délicatement, j'essaye de dégager le bout de vêtement, espérant que l'inconnu se lève afin de me faciliter la tâche. Sans bouger, il me regarde et dit : « ce n'est rien ». La situation est cocasse, je n'insiste pas. On ne semble pas percevoir de la même façon la scène en train de se jouer. Celui que je devine être un résident de l'hôpital finit par se lever et disparait dans le couloir. Quelques minutes plus tard, le psychiatre ouvre la porte de son grand bureau et m'invite à entrer. Il me reçoit avec une des criminologues de l'équipe.

La rencontre durera un peu plus d'une heure, le temps pour les deux professionnels de m'expliquer le fonctionnement de l'unité psychiatrique médico-légale (UPML) qu'ils coordonnent. Au fil de notre échange, je m'aperçois que si les personnes qui y résident sont, certes, internées, elles se trouvent en réalité en « libération à l'essai ». Phase probatoire de la mesure d'internement, la libération à l'essai, comme son nom l'indique, « fonctionne comme la libération conditionnelle », c'est-à-dire moyennant « des conditions légales à respecter », m'explique le psychiatre, « mais, dans ce cas-ci, on reste toujours dans l'institution, en résidentiel ». À un moment de leur parcours d'internement, les personnes internées peuvent donc être libérées sous conditions au sein d'un hôpital psychiatrique, dont elles ne peuvent toutefois pas sortir comme bon leur semble : des horaires stricts rythment les journées. Les permissions sont régulées et nécessitent la plupart du temps une autorisation médicale. Les sorties non autorisées sont d'ailleurs considérées comme des « fugues » et sanctionnées. Au sein des UPML, mises sur pied au tournant des années 2000, même si les patients internés sont libérés du point de vue légal, leur liberté est restreinte dans l'optique de recevoir des soins : les voilà donc à la fois libres et reclus. La découverte de cet oxymore empirique propre à l'internement, voire même à la psychiatrie légale, a suscité chez moi l'envie de mieux comprendre comment fonctionnent ces lieux, qui se situent à la croisée du pénal et de la santé mentale.

À la fin de la discussion, le psychiatre m'explique que, depuis les années 2010, il existe une « nouveauté » dans le secteur de l'internement : la création d'équipes mobiles prévues spécifiquement pour les personnes internées afin de les accompagner tout au long de leur « trajet de soins » (TSI) vers une libération à l'essai et, ensuite, une libération définitive pour réintégrer la société. Ces équipes, poursuit le médecin, collaborent directement avec les UPML, rattachées au même hôpital. En parallèle de l'intervention résidentielle, une prise en charge exclusivement ambulatoire est donc également proposée aux personnes internées. À ce stade, je décide, dès lors, de faire des UPML le terrain ethnographique primaire de ma recherche et d'éclairer l'analyse à partir de la pratique des équipes mobiles TSI, qui fait office de terrain secondaire.

UN PROJET INTERDISCIPLINAIRE COMME POINT DE DEPART

En 2018, des professeurs de l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, issus de disciplines différentes, de la sociologie au droit, en passant par la philosophie et la science politique,

montent un projet de recherche intitulé « AutonomiCap, l'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie », dont l'objectif principal est « d'étudier en quoi les rapports entre autonomie et handicap transforment diverses pratiques et expériences professionnelles, contribuent à entretenir (ou à atténuer) les tensions entre les projets de vie personnels et l'inclusion sociale, l'égalité et la reconnaissance des différences, la responsabilité personnelle et la protection sociale » (2018, p. 3)[6]. La thématique de l'internement fait partie intégrante du projet et constitue une des principales scènes empiriques. L'ambition première est de mener une enquête de terrain afin de comprendre les significations des catégories d'autonomie et de trouble mental et la façon dont elles interagissent dans le champ de l'internement en Belgique francophone. Ce champ semble en effet traversé par une attente d'autonomisation des individus sous mesure judiciaire, alors étiquetés comme « troublés » et à risque pour eux-mêmes et les autres. Engagée comme doctorante en sociologie sur ledit projet, je suis partie de l'objet empirique donné (l'internement) et des interrogations de départ (comment l'autonomie est appréhendée) afin de construire mon propre projet de thèse à partir des terrains d'enquête que j'ai décidé d'investiguer.

Très vite, l'autonomie va apparaitre comme une finalité de l'intervention dans les discours institutionnels des terrains choisis (les UPML et les équipes mobiles TSI). L'idée est alors d'aller plus loin et d'observer en situation les professionnels *en action* et *en train de discuter de leurs actions* afin de comprendre, d'une part, à quoi ils font concrètement référence quand ils mobilisent la notion d'autonomie et ses « jeux de langage » (Wittgenstein, 2014, §23 ; Marquis, 2019) et, d'autre part, comment ils opérationnalisent la notion au quotidien, en se focalisant sur deux grands pans de leur travail : d'un côté, l'évaluation de l'autonomie et ses *modus operandi*, qui fait apparaitre deux temporalités cruciales des UPML, l'admission des nouveaux patients et la construction des projets de sortie (voir les chapitres 3 et 4) ; de l'autre, l'intervention sur l'autonomie et les différents leviers et modes d'action qu'elle sous-tend, qui consistent à préparer le patient à se réinsérer en dehors des murs de l'hôpital (voir les chapitres 5 et 6). On aurait pu s'attendre à ce que l'autonomie dans le contexte de l'internement ne signifie rien de particulier ou, du moins, rien qui n'ait pas déjà été exploré sur d'autres terrains de santé mentale (Marquis, 2019). Pourtant, l'autonomie signifie quelque chose de précis et donne à voir ce que la dangerosité veut dire sur les scènes empiriques choisies pour

[6] Projet ARC (Action de recherche concertée, n°19/24-001) financé par le FNRS (Fonds National de la Recherche Scientifique), 2019-2024. Pour plus d'information sur le projet et ses activités, voy. www.autonomicap-usaintlouis.org

l'enquête. En outre, l'analyse croisée de l'évaluation et de l'intervention met en exergue les contraintes sociales qui pèsent sur les pratiques des professionnels et montre jusqu'où ces derniers remettent en question certains aspects de leur travail. *In fine*, l'ambition de la thèse est de mieux saisir ce qu'intervenir auprès d'autrui signifie dans un contexte de sûreté, où deux impératifs coexistent : tant la place centrale à accorder à la personne, ses droits et son autonomie que l'importance de la sécurité et de la protection des autres et de la société.

Les pages qui suivent dressent les contours du cadre de la recherche et donnent quelques outils théoriques, épistémologiques et méthodologiques afin de mieux cerner la démarche et la pertinence de celle-ci. D'abord, je reviens brièvement sur l'objet à l'étude (l'internement) et les terrains choisis pour l'enquête afin de situer mon propos dans la littérature scientifique existante (I.). Ensuite, en puisant dans la sociologie des professions, je tente de clarifier les objectifs de la thèse à partir des balises théoriques qui ont encadré les analyses proposées au fil des chapitres (II.). Puis, je reviens sur la manière dont j'ai récolté les données qualitatives de terrain, au moyen d'une enquête ethnographique, en me focalisant sur un enjeu particulier qui en appelle beaucoup d'autres : la négociation continue du terrain (III.). Enfin, je décris le contenu des différentes parties et chapitres qui structurent la thèse et partage quelques considérations liées à l'écriture du manuscrit (IV.).

I. L'internement entre soin et sécurité : tourner le regard vers la (préparation à la) sortie

L'internement « pénal » ou de « défense sociale » a maintes fois défrayé la chronique belge, non seulement en raison de la cruauté de certains actes commis et du profil des victimes[7], mais aussi car la mesure de sûreté soulève des questions fondamentales relatives à la responsabilité pénale du prévenu, au traitement réservé aux personnes atteintes de troubles mentaux graves ainsi qu'à l'exercice de leurs droits. Mais en quoi consiste cette mesure qui allie soin et sécurité ? Qui sont les personnes concernées par l'internement, où sont-elles prises en charge et par qui ? Je commence par définir l'objet à l'étude et je montre pourquoi les terrains des UPML et des équipes mobiles TSI valent la peine d'être étudiés (1.). L'internement, pour partie, a déjà éveillé l'intérêt de plusieurs chercheurs en sciences humaines et sociales, ainsi que dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie légale, tant en Belgique francophone que néerlandophone. La question du traitement des troubles mentaux et du soin dans un contexte pénal et carcéral fait également l'objet de nombreuses recherches en Belgique et à l'étranger. Toutefois, la place du pénal dans un contexte de soins en santé mentale et, qui plus est, au moment où se prépare la réinsertion des personnes internées, est peu documentée (2.). La thèse s'inscrit à la suite de recherches menées en sociologie et en anthropologie des pratiques d'aide et de soin qui se multiplient depuis quelques années, notamment dans le contexte français (3.).

1. L'internement ou un trajet de soins calqué sur la sécurité

En Belgique, l'internement est une mesure de sûreté à durée indéterminée, qui se distingue des peines à proprement parler, quoique se rapportant à une mesure restrictive et privative de liberté et visant une catégorie particulière de personnes. Selon les termes de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1er octobre 2016, quatre conditions sont nécessaires pour imposer une telle mesure : peut se voir ordonner une mesure d'internement par un juge de fond ou d'instruction toute personne ayant commis un fait qualifié infraction qui porte atteinte ou menace l'intégrité physique ou psychique d'un tiers (1) ; si cette même personne est, au

[7] Par exemple, l'affaire de « l'attaque de la crèche de Termonde » a fait grand bruit à l'époque : le 23 janvier 2009, K. De Gelder choisit au hasard une petite maison de la Flandre orientale, y entre et abat une dame âgée. Il continue sa route, et sous prétexte qu'il a besoin d'aide, entre dans une crèche près de Turnhout et tue à l'arme blanche une puéricultrice et deux bébés, en blessant vingt-cinq autres. À l'issue d'un procès aux assises en 2013, K. De Gelder est officiellement reconnu coupable et pénalement responsable de ses actes. Il est condamné à perpétuité. Dix ans plus tard, en mai 2019, la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines de Gand décide de l'interner, après qu'il ait été diagnostiqué schizophrène par des experts psychiatres. Il se trouve, depuis 2022, dans un centre de psychiatrie légale.

moment du jugement, atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes (2) ; à condition qu'il existe un danger pour la société que cette personne commette à nouveau un fait infractionnel en raison du trouble mental et avec la présence possible de facteurs de risque (3) ; et, enfin, toute décision d'internement est précédée d'une expertise médico-légale psychiatrique ou psychologique (4) (art. 5 et art. 9 de la loi du 5 mai 2014 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022). En résumé, si un individu, qui commet une grave infraction pénale attentatoire aux personnes, est atteint d'un trouble mental au moment de la décision judiciaire, présente un danger de récidive et a préalablement fait l'objet d'un rapport d'expertise « psy », il ne sera pas condamné mais pourra être interné, car considéré comme pénalement irresponsable de ses actes. Héritière de la philosophie de la « défense sociale » (van de Kerchove, 2010 ; Cartuyvels, 2018), la mesure d'internement s'articule aujourd'hui autour d'un « trajet de soins » (TSI) et 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. De la sécurité d'un côté, du soin de l'autre. Pour faciliter la compréhension de ce trajet de soins, on peut représenter une vision idéal-typique de l'internement en trois stades successifs, qui correspondent à trois niveaux de sécurité différents.

D'abord, après une décision d'internement, la personne internée est « placée » au sein de structures carcérales et/ou hautement sécurisées (*high security*). Dans les faits, il peut s'agir d'une section de défense sociale de prison (SDS) ou d'un établissement de défense sociale (EDS), d'un hôpital psychiatrique sécurisé (HPS) ou encore d'un centre de psychiatrie légale (CPL). À défaut de places disponibles au sein de ces lieux de placement, il arrive que des personnes internées soient illégalement maintenues en annexe psychiatrique de prison pour une durée indéterminée (Cartuyvels, De Brouwer, Nederlandt, 2025, *à paraitre*). 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, 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. Celui-ci dure *a minima* trois ans. Parmi ces conditions peut figurer l'obligation d'être pris en charge au sein d'un lieu résidentiel de soins de santé mentale, présentant un niveau moyen de sécurité (*medium security*), 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 (*low security*) ; par exemple, au sein de maisons de soins psychiatriques (MSP) ou d'initiatives d'habitations protégées (IHP). La mesure d'internement prend fin lorsque la libération définitive est accordée. Dans les faits, un TSI s'étale sur plusieurs années. Néanmoins, cette représentation du TSI ne permet pas de saisir toutes les spécificités de celui-ci. Par exemple, il arrive parfois que la libération à l'essai soit directement octroyée, dès que la décision d'internement est prononcée et sans qu'un « placement » au sein de structures sécurisées n'ait eu lieu.

L'internement, tel qu'il est conçu aujourd'hui, prend place dans un contexte social marqué par au moins deux tendances qui se font écho : la désinstitutionalisation de la prise en charge des personnes internées d'une part, et la prise en compte grandissante de leur autonomie et de leurs droits fondamentaux, d'autre part. Ces larges enjeux dépassent la question de l'internement, qui intervient ici comme prisme d'analyse à travers lequel ces deux notions sont cristallisées. Ce contexte est d'ailleurs plus largement exploité dans la première partie de la thèse, je ne fais donc qu'esquisser ici les principaux éléments. La tendance à « désinstitutionnaliser »[8] la prise en charge des personnes internées s'opère à deux niveaux : d'une part sont dénoncés les séjours quasi systématiques des personnes internées en annexe psychiatrique de prison, au sein desquelles le niveau de soin est considéré comme insuffisant ; ce qui a par ailleurs engendré de nombreuses condamnations de l'Etat belge par la Cour Européenne des droits de l'homme ; fait largement documenté dans la littérature juridique et criminologique (Colette-Basecqz, Nederlandt, 2018 ; Hachez, Cartuyvels, Nederlandt, 2020 ; Cartuyvels, 2022). La création des UPML au tournant du XXI^{e} siècle représente un des efforts déployés par les politiques publiques afin de répondre à cette problématique. Avec des dizaines de « lits internés » dans certains hôpitaux psychiatriques, les unités doivent progressivement permettre de « vider les annexes » et de faire basculer les personnes internées (à tout le moins, celles en libération à l'essai), du pénal vers la santé mentale, du *high security* au *medium* puis *low security*. D'autre part, en Belgique et ailleurs résonne dans le champ de la santé mentale, une tendance forte à la « déshospitalisation » (Klein, Guillemain, Thifault, 2018).

[8] Voir à ce propos, Triaille, L. (2025, *à paraitre*). *Vivre libre avec un handicap. Droit à l'autonomie de vie et désinstitutionnalisation, des contestations de la vie asilaire aux obligations internationales de droits humains* (thèse de doctorat en droit). UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

Le trajet de soins ainsi représenté laisse cependant toujours entrevoir un primat institutionnel (Cartuyvels, De Brouwer, Nederlandt, 2025, *à paraitre*), où seul un processus de désinstitutionnalisation partielle semble avoir lieu, selon lequel les personnes internées traversent différentes structures résidentielles, régies par des normes et des critères d'admission qui présentent un régime de plus en plus ouvert et de moins en moins sécuritaire. Ce double mouvement progressif de décarcéralisation d'un côté, et de déshospitalisation de l'autre, bien qu'il recouvre des formes diverses, a fait l'objet de publications récentes, impulsées par la conférence Alter 2022, co-organisée par le projet AutonomiCap (Hachez, Marquis, 2024 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2024).

En parallèle, un nouveau dispositif émerge sur la scène de l'internement au tournant des années 2010 : la possibilité d'un suivi ambulatoire. En effet, au long du TSI, toute personne internée peut faire la demande d'être suivie par une équipe mobile (De Spiegeleir, 2022). Ces équipes, nées de l'impulsion de la dernière réforme en santé mentale (la « réforme 107 »), qui prévoit de créer des réseaux et des circuits de soins pour tout usager de la psychiatrie (Marquis, Susswein, 2020) et n'excluant pas les personnes sous une mesure pénale, offrent une double mission d'accompagnement : d'un côté, elles œuvrent pour faire avancer la personne internée dans son parcours de soins et de réinsertion, mettant la priorité sur la sortie de prison et, de l'autre, elles soutiennent les institutions qui accueillent des personnes internées dans leurs murs ; par exemple, afin d'accompagner une personne libérée à l'essai au sein d'une UPML dans le cadre d'une visite ponctuelle extérieure. Ces équipes ne se substituent donc pas à l'offre institutionnelle, en ce compris résidentielle, de prise en charge des personnes internées, mais la complètent (De Spiegeleir, 2022).

Ce bref exposé du contexte et du cadre légal de l'internement et de son trajet de soins (voir le chapitre 1) fait apparaitre distinctement la place occupée par les UPML, terrain principal de la thèse. Le passage par ces unités est un moment pivot dans un parcours d'internement, si l'on se base sur la représentation idéale-typique, car il signifie pour bon nombre de professionnels que le processus de réinsertion est enclenché. La personne internée a quitté les institutions fortes, à haute sécurité, de l'internement (prison, SDS, EDS, HPS, CPL) et voit se profiler une libération, bien que celle-ci évolue par étapes.

Les UPML, dans les discours et représentations communes, sont décrites comme un espace institutionnel médico-légal, s'inscrivant à la croisée du judiciaire et du thérapeutique, au sein

duquel cohabitent la médecine et le droit. Ces unités ne sont toutefois pas, à première vue, considérées comme un terrain « classique » de l'internement, c'est-à-dire qu'elles ne viennent pas directement à l'esprit lorsqu'on évoque la mesure de sûreté, en ceci qu'il ne s'agit pas d'un lieu carcéral ou de « défense sociale » au sens strict du terme (comme peuvent l'être, par exemple, les annexes psychiatriques de prison, un établissement de défense sociale ou encore les centres de psychiatrie légale). La position d'« entre-deux » (Troisoeufs, 2020) occupée par les UPML, après la prison et avant la réinsertion, est intéressante car elle donne à voir comment, concrètement, les éléments sur lesquels l'internement fonde sa rationalité hybride, entre soin et sécurité, entre pénal et santé mentale, sont continuellement imbriqués et marquent les pratiques des professionnels, qui ne peuvent pas véritablement s'en affranchir.

Comme annoncé au début de cette introduction, à côté du choix d'investiguer le quotidien des UPML, qui fait office de terrain principal pour l'enquête, j'ai étendu les observations à la pratique des équipes mobile TSI, elle aussi absente de la littérature scientifique lorsque l'enquête a démarré. L'idée n'est pas de réaliser une étude comparative, entre une prise en charge institutionnelle et une prise en charge ambulatoire – je tente d'ailleurs de nuancer cette dichotomie au fil de la thèse – mais d'éclairer l'analyse de la pratique des UPML à l'aide de quelques points de contraste liés à celle de l'équipe mobile. La thèse contient dès lors un terrain primaire et un terrain secondaire, sans toutefois hiérarchiser leur pertinence ni leur intérêt. Toutes deux étant des scènes inédites, n'ayant encore jamais été investiguées au moyen de l'approche sociologique et ethnographique que propose la présente recherche (voir *infra*). Dans les deux cas, d'ailleurs, la libération à l'essai occupe une place importante. Là où elle est l'objet principal de l'intervention pour les UPML, du côté des équipes mobiles TSI, elle revêt un des objectifs principaux de leurs missions : amener la personne vers une libération à l'essai, l'accompagner pendant cette phase probatoire afin, *in fine*, d'atteindre une libération définitive de la mesure légale d'internement. Le deuxième chapitre consacre de nombreuses pages à la description que l'on espère fine de ces terrains, donnant à voir leurs histoires, les lieux qui les concernent et les principaux protagonistes.

S'intéresser aux pratiques professionnelles des UPML et des équipes mobiles TSI revient donc à régler la focale sur la (préparation à la) sortie de la mesure de sûreté, ce qui permet de poser un regard à la fois rétrospectif, sur la quasi-entièreté du parcours d'internement, et aussi prospectif sur les attentes sociales en matière de réinsertion des personnes internées. Partant, la thèse ambitionne de répondre à deux questions : qu'est-il attendu des personnes sous mesure

d'internement dans la perspective de leur réinsertion sociale ? Et comment celle-ci est-elle envisagée et préparée par les professionnels des UPML et des équipes mobiles TSI ?

2. Un objet à la croisée de plusieurs disciplines : un intérêt pour la place du pénal dans les pratiques de soins en santé mentale

Dans le champ des sciences humaines et sociales, en ce compris du droit, de la criminologie et de la sociologie, les travaux belges sur l'internement portent essentiellement sur la nouvelle législation en la matière, entrée en vigueur en 2016, se fondant généralement sur une analyse historique des différentes lois qu'a connu le paysage légal de l'internement (van de Kerchove, 1986, 2010 ; Cartuyvels, 2017, 2018) et sur quelques-uns des enjeux qu'une telle mesure soulève. Par exemple, à travers une enquête qualitative de terrain, comprenant des entretiens et des analyses en groupe menées par et avec des professionnels de l'internement, la recherche intitulée « Soigner ou punir ? Un regard empirique sur la défense sociale en Belgique » (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010) et réalisée à partir du cadre légal en vigueur de l'époque (la loi de 1930 modifiée par la loi de 1964 ; voir le chapitre 1), a cherché à comprendre et à analyser en profondeur deux questions particulières portant sur la mesure d'internement : d'une part, l'expertise psychiatrique, son objet, son support (l'entretien clinique), ses attentes et ses implications et, d'autre part, la place du soin en défense sociale (la nature et la qualité du soin, la scission de la fonction du soin et de l'expertise, *etc*.). D'autres recherches se sont penchées sur la question du risque et de la dangerosité (Lancelevée, Cliquennois *et al.,* 2013, pour une comparaison Belgique-France), sur les condamnations de l'État belge par la Cour européenne des droits de l'homme et les implications en matière de droits fondamentaux (Dourneau-Josette, Tulkens, 2010 ; Colette-Basecqz, Nederlandt, 2018 ; Cartuyvels, 2022), ou encore sur le possible futur rôle joué par les neurosciences au tribunal dans la détermination de la responsabilité pénale (Hanoulle, Verbruggen, 2016).

Une fraction de la littérature – en sociologie et en anthropologie notamment – porte sur le vécu des personnes internées ainsi que sur le travail de certains types d'acteurs du champ (par exemple, les coordinateurs de soin ; Darcis, Thunus, 2017), bien qu'il s'agisse pour la plupart de recherches commanditées par le monde associatif (ou subventionnées par le fédéral) dans une perspective plus critique (« la situations des personnes internées est catastrophique, rien ne fait soin », Verbist, 2015). On recense également un certain nombre de mémoires de fin d'étude

assez récents[9], qui témoignent d'un intérêt grandissant pour la thématique, surtout depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime juridique en 2016. Je mobilise ce corpus scientifique plus en détail dans la première partie de la thèse, qui donne une place importante à l'évolution du cadre légal de l'internement et aux enjeux précités, dressant ainsi un état plus complet des connaissances dans le domaine.

Encadré 1. La littérature en psychologie et en psychiatrie légale

Les développements de la thèse, dans l'étude des pratiques des professionnels de l'internement, témoignent d'une activité intrinsèquement réflexive : l'évaluation et les interventions menées à l'égard des patients poussent les professionnels à continûment (ré)interroger leurs façons de faire (chapitre 6). Ce faisant, certains professionnels mobilisent, à des fins de recherche, les données empiriques, principalement quantitatives, qu'ils ont récoltées et agrégées au sein de leur propre institution. Cette littérature dite *émique*, en ceci qu'elle est directement produite par les acteurs de terrain, s'inscrit principalement dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie légale et concerne tant le sud que le nord du pays. Différentes thématiques y sont abordées : de l'état des lieux de la psychiatrie légale (Leistedt, 2020) au profil type de la patientèle concernée (Oswald, Saloppé *et al.*, 2016 ; De Page, Goethals, 2019), en passant par l'évolution des structures de prise en charge pour personnes internées en parallèle des réformes légales de l'internement (Schepens, De Baeremaeker, 2018 ; De Page, Titeca, 2021) et les méthodes et outils d'expertise du risque de récidive et de violence (clinique *versus* psychométrique) (Masson, 2016 ; Vicenzutto, Ducro *et al*., 2016 ; Pham, Habets *et al*., 2019 ; Jeandarme, Habets *et al*., 2019).

Le parti de la thèse a été de se saisir de cette abondante production scientifique, identifiée au moyen d'un échantillonnage « boule de neige », comme un objet d'analyse plutôt que comme une balise théorique à des fins d'analyse. Pour le dire autrement, ces textes relayent les discours institutionnels et professionnels de l'internement, et renseignent, dès lors, comme peuvent le faire les entretiens menés avec les professionnels, la façon dont les acteurs des terrains d'enquête se racontent et expliquent eux-mêmes ce qu'ils font. C'est dans cette optique que la littérature en psychologie et en psychiatrie légale est utilisée et référencée dans la thèse. Les articles mobilisés sont par ailleurs listés dans la bibliographie finale au même titre que les références scientifiques en sciences humaines et sociales.

Depuis 2010, peu d'enquêtes empiriques se sont donc véritablement intéressées à la mise en pratique et à l'opérationnalisation des instruments propres au système de l'internement par ses acteurs et ce, partant du stade de la libération à l'essai, passage quasi obligé pour chaque personne internée. L'intérêt s'est souvent porté sur la place du soin dans un contexte pénal ou *para-pénal*, en ce compris carcéral et/ou de défense sociale. De la même façon, en France, quelques recherches ont étudié la place du soin en prison, dans le contexte, par exemple, des

[9] Voir par exemple, Soors, G., (2019). *Des internés en milieux carcéraux : description analytique de l'adaptation et du vécu carcéral de personnes sous mesure d'internement* (mémoire de fin d'étude en criminologie). UCLouvain ou Van Mieghem, K., (2016). *De nieuwe interneringswet: een SWOT–analyse* (mémoire de fin d'étude en criminologie). UGent

détenus en fin de vie (Chassagne, 2017) ou celui des pratiques de soins en santé mentale, comparant les situations des prisons françaises et allemandes (Lancelevée, 2016) ou encore, plus récemment, des pratiques des acteurs de terrain marquées par l'imbrication entre la peine et le soin, allant de l'expertise de la dangerosité aux soins pénalement ordonnés (Gautron, 2023).

Au Canada, et en particulier au Québec, on retrouve les travaux de Nicolas Sallée et ses collègues, Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet et Pierre Pariseau-Legaut (2022), qui étudient, entre autres, à partir d'une sociologie du droit, l'évaluation du risque des personnes déclarées pénalement irresponsables et celles inaptes à subir un procès, ainsi que le rôle joué par les avocats de la défense au tribunal, dans un contexte marqué par la gestion des risques (Castel, 1981) et la montée en puissance de la prise en compte des droits fondamentaux des personnes concernées. Si je me décale quelque peu de l'approche des chercheurs canadiens, optant plutôt pour une analyse pragmatique des pratiques professionnelles des acteurs de la santé mentale, leurs analyses, notamment en ce qui concerne les enjeux liés à l'utilisation et à la diffusion grandissante des outils d'évaluation standardisés du risque (Sallée, Bernheim *et al.*, 2022 et Sallée, 2023, en ce qui concerne la justice des mineurs), ont aiguisé mes réflexions en la matière et appellent des recherches comparatives futures entre nos deux régions, car ce type de pratiques ne semble pas occuper la même place ni générer le même engouement auprès des acteurs de terrain belges francophones (voir le chapitre 2 et le chapitre 4) et québécois.

La présente thèse propose de déplacer le regard, en analysant la façon dont le pénal s'immisce dans les pratiques de soins dans un contexte de santé mentale ou psychiatrique. S'il est plutôt évident qu'à l'hôpital, on « soigne », qu'en est-il lorsqu'une dimension pénale et sécuritaire est importée ? Jusqu'où le pénal marque-t-il les pratiques des soignants ?

3. Une inscription théorique dans la lignée de la socio-anthropologie des pratiques professionnelles d'aide et de soin

À côté des études antérieures qui prennent pour objet la mesure d'internement ou, plus largement, le soin dans un contexte pénal, la thèse s'inscrit également dans la lignée d'autres recherches menées en sociologie et en anthropologie des pratiques d'aide et de soin dans le champ de l'intervention psycho-médicosociale en Belgique, mais surtout à l'étranger, et notamment en France, où elles percolent depuis une dizaine d'années. En Belgique d'abord, je recense au moins deux recherches, dont les analyses servent de référence directe et de source d'inspiration à la présente thèse. D'une part, Nicolas Marquis, dans ses travaux sur la

psychiatrie générale en Belgique (2019, 2022), s'intéresse, par le biais d'une approche ethnographique et pragmatique (Lemieux, 2018), aux tensions qui surviennent dans les pratiques d'intervention sur et avec des personnes en psychiatrie, dans le but de les rendre plus autonomes. Il tente de saisir la notion d'« autonomie » à partir d'une approche wittgensteinienne qui raccroche les significations du concept aux usages concrets qu'en font les acteurs (Wittgenstein, 2014). Dans la même veine, le chapitre 4 de cette thèse montre ce qu'*être suffisamment autonome* veut dire dans le contexte sécuritaire de l'internement, se basant sur les façons dont les professionnels des UPML et des équipes mobiles TSI mobilisent en pratique l'autonomie et ses jeux de langage. D'autre part, la recherche de Fadoua Messaoudi, qui étudie « le travail sur autrui dans une société de l'autonomie » (2023) et, plus précisément, l'intervention professionnelle auprès de jeunes qui « ne l'ont pas (vraiment) demandé » au sein de services socioéducatifs et des Maisons d'enfant (2021, p. 47), amène un cadre théorique pertinent pour penser les enjeux et les « épreuves » du travail social : celui des « professions à pratiques prudentielles », issus de la sociologie des professions (Champy, 2012), et qui fait également office de boite à outils conceptuels pour la thèse (voir *infra*, point II).

Je fais un bond de l'autre côté de l'Atlantique. Les travaux d'Erving Goffman sont une balise incontournable si l'on s'intéresse aux représentations et au fonctionnement de « l'asile moderne » qu'incarnent les UPML. La lecture d'*Asile* (1968 [1961]) a permis de se familiariser avec la vie psychiatrique intra-hospitalière de l'époque et de rendre compte de certains processus encore en vigueur aujourd'hui, comme la « mortification » dès l'arrivée d'un nouveau patient à l'unité (voir le chapitre 3), bien qu'elle diffère nettement en termes d'intensité (on ne rase plus systématiquement la tête des patients à leur admission, *etc*. (1968 [1961], p. 59)).

À l'extérieur de l'hôpital, plus récemment, l'anthropologue américain, Paul Brodwin, propose une anthropologie de l'éthique quotidienne en situation afin de « s'interroger sur ce qui se passe à l'interface entre les cliniciens de première ligne et les individus présentant de graves symptômes psychiatriques » dans le contexte de la psychiatrie communautaire aux États-Unis, et de se demander « ce que cela signifie concrètement de fournir des services aux personnes atteintes de maladies mentales graves » (Brodwin, 2013, p. 2, *ma traduction*). Le lien avec les interrogations que je formule dans la thèse sont patents, surtout lorsqu'il questionne les différents modes de contrainte utilisés pour intervenir auprès d'une personne atteinte de troubles mentaux et les microprocessus d'éthicisation des intervenants qui, par là, interrogent

la légitimité de leurs actions (voir la troisième partie). Cependant, au moyen d'une « description épaisse » (Geertz, 1973) des pratiques qu'il observe, l'auteur se place parfois en porte-parole des travailleurs de première ligne (« *to amplify the voice of frontline workers* » ; Brodwin, 2013, p. 13), car l'ethnographie est censée, selon lui, « offrir une traduction qui s'harmonise avec [les voix des travailleurs de première ligne] », mettant sur un même pied d'égalité le commentaire du chercheur et ceux des acteurs de terrain (Brodwin, 2013, p. 13 ; *ma traduction*). Cette démarche ne permet pas toujours de distinguer adéquatement « qui parle » : le chercheur ou les acteurs ? J'ai tenté, pour ma part, d'adopter l'approche opposée, consistant à réaliser une description ethnographique « mince » (Lemieux, 2018, p. 67), qui distingue les deux niveaux de discours, et donne à voir les manières dont les acteurs définissent ce qu'ils font et, par la suite, ce que le sociologue peut en déduire à des fins d'explications. Naturellement, ce procédé ne vise pas à hiérarchiser d'un point de vue normatif le discours du chercheur face aux discours des acteurs, au sens où le premier serait plus valable que le second (voir *infra,* point III).

En France, les recherches menées dans le cadre du collectif Contrast (2013-2017), sous la direction de Livia Velpry et Benoit Eyraud, sociologues, ont tracé de nombreuses pistes d'analyse pour rendre compte du matériau empirique récolté au cours de mon enquête. Cet ensemble de travaux, rassemblés dans un même ouvrage (Velpry, Vidal-Naquet, Eyraud, 2018), concerne surtout le secteur de la santé mentale et interroge les usages de la contrainte par des groupes professionnels, dont le métier nécessite parfois de « se passer du consentement des personnes » (2018, p. 7).

Les scènes empiriques étudiées par le collectif de chercheurs varient depuis les équipes mobiles psychiatrie-précarité (Marques, 2018) jusqu'aux unités de soins intensifs pour personnes autistes (Velpry, 2018), en passant par les unités fermées pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Lechevalier Hurard, 2018), la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (Saetta, 2016, 2018) ou encore la régulation de l'usage des drogues en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (Protais, Litzler, 2018). Les analyses se tournent essentiellement vers les difficultés liées à ce genre de pratiques, qui peuvent générer « des conflits de normes et dilemmes moraux [qui] se produisent en situation, dès lors que les professionnels entendent concilier deux principes fondamentaux, celui de l'autonomie d'une part, celui de la protection d'autre part » (Velpry, Vidal-Naquet, Eyraud, 2018, p. 7).

D’autres recherches en parallèle se sont d’ailleurs penchées sur la place de la contrainte en santé mentale. Je les développe plus en détail au moment où je les mobilise dans les différents chapitres. Dans le contexte français, on relève par exemple, les thèses en sociologie de Livia Velpry, Ana Marques et Delphine Moreau, qui portent respectivement sur les pratiques professionnelles et les parcours de vie des patients des centres médico-psychologiques (Velpry, 2008), sur le travail de légitimation des équipes mobiles psychiatrie-précarité (Marques, 2010) et sur la place des pratiques coercitives dans la psychiatrie post-asilaire (Moreau, 2015). Plus récemment, on recense aussi les travaux de Pierre Vidal-Naquet, notamment sur les usages de la contrainte chez les travailleurs sociaux en France (2019) et, dans le contexte belge, ce sont les pratiques d’intervention des services d'accompagnement socioéducatif et des maisons d’enfants qui sont analysées sous cet angle (Messaoudi, 2021). Partant, le terrain belge de l’internement apparait, dès lors, comme une scène empirique originale pour penser à nouveau frais ce cadre d’analyse et le recours à des formes de contrainte ainsi que le contexte social dans lequel il s’inscrit.

Historiquement, les métiers de l’intervention psycho-médicosociale dans les secteurs aussi divers que la santé mentale, le handicap ou encore la grande précarité et dont fait partie l’internement, tel qu’il est conçu en Belgique, se donnaient pour mission d’aider et d’accompagner une personne vers un changement d’état ou de statut, dans un souci de stabilisation et afin de garantir une réinsertion dans le tissu social (Vidal-Naquet, 2009 ; Ravon, Vidal-Naquet, 2018). Progressivement émergent de nouvelles formes de solidarité : le risque est partout et ne discrimine personne, les droits et les protections de l’État social ne suffisent plus, il faut donc changer de stratégie afin d’aider les individus à surmonter leur nouvel état de « vulnérabilité » (Genard, 2014 ; Brodiez-Dolino, 2016). En parallèle du contexte de désinstitutionalisation qui s’est accéléré depuis les années soixante, voire de « déshospitalisation », qui induit le passage d’une institution vers moins d’institutionnalisation ou, d’une sortie de l’hôpital psychiatrique vers d’autres institutions de plus petite taille (Majerus, 2018), la focale est dorénavant mise sur les capacités des individus à surmonter une série d’obstacles et à gérer eux-mêmes les « problématiques » qui avaient justifié en première instance le recours à l’intervention d’un tiers. Si ce mandat protectionnel et parfois contraignant est assorti de garanties légales, il s’inscrit dans un contexte qui place la personne concernée au cœur des actions prises à son égard et la déloge du statut figé de sa condition : celui qui n’est pas capable aujourd’hui le sera peut-être demain. La personne internée, reconnue (pénalement)

irresponsable de ses actes, deviendra-t-elle et sera-t-elle à nouveau considérée responsable à l'issue de son trajet de soins ?

Dans le cadre de l'internement, l'impératif de protection revêt une dimension hybride car l'acceptation de départ se combine à un impératif sécuritaire, inhérent à la mesure de sûreté, qui pousse les professionnels à devoir orienter leur intervention dans une optique de défense de la société contre le risque d'un nouveau passage à l'acte. Les professionnels sont tenus d'avoir souvent recours à leur mandat protectionnel et ce, au nom de la sécurité générale (protéger ces personnes d'elles-mêmes et protéger la société du « danger » que ces personnes pourraient représenter), au détriment de leurs missions d'autonomisation et de préservation des libertés individuelles, par exemple, en ne tenant pas vraiment ou pas toujours compte du consentement de ces personnes et en les forçant à agir de telle ou telle façon (Velpry, Vidal-Naquet, Eyraud, 2018). Comment et jusqu'où promouvoir l'autonomie d'individus qui menacent potentiellement la sécurité des autres ? Et à quel type d'autonomie fait-on concrètement référence ?

II. Analyser les pratiques professionnelles dans un contexte de sûreté… et d'incertitude

Sur nos deux terrains d'enquête, les interventions peuvent être de différentes natures : distribuer les médicaments, organiser les repas à heures régulières, animer des activités ludiques, donner de l'argent de poche, contrôler les consommations de substances illicites, aller manger au snack avec un patient, accompagner un patient à un rendez-vous chez le dentiste, supprimer les sorties extérieures, mettre à l'isolement, mais aussi se réunir entre professionnels, échanger près de la machine à café, remplir une échelle psychométrique, *etc*. La réalisation de toutes ces tâches ne se résume pas à une application méthodique *by the book*. Au quotidien, ces actions, dont les professionnels sont les premiers opérateurs, soulèvent de nombreux enjeux organisationnels et institutionnels, d'autorité, de responsabilité, de légitimité, mais aussi de contrainte que l'enquête ethnographique vise à mettre au jour (Brodwin, 2013).

Les professionnels de l'internement savent pertinemment ce qu'ils sont censés faire, ils ont un plan d'action : toutes les activités routinières que j'ai énumérées structurent leur pratique, mais face à la singularité de chaque nouvelle situation rencontrée, ils doivent parfois improviser et remettre en question les règles qu'ils se sont données afin de poursuivre leur mission. Très souvent un conflit apparait entre la mission prescrite et ce que le patient désire (fumer plus de

cigarettes que le nombre journalier autorisé), entre la mission prescrite et les contraintes institutionnelles (un manque d'effectif qui empêche une sortie accompagnée). Ce faisant, les professionnels doivent user de *prudence* et faire appel à leur *sagesse pratique* (Champy, 2015) pour mener à bien leur travail. Je reviens à présent sur la paire de lunettes utilisée pour rendre compte des pratiques observées : le cadre théorique des « professions à pratiques prudentielles » (Champ, 2012), issu de la sociologie des professions, semble être le plus adéquat (1.), car il permet de décrire et de suivre, tout en nuance, les actions des individus et les discours produits par les acteurs sur leurs actions, partant d'une perspective pragmatique et par l'aval (Lemieux, 2018) (2.).

1. Les pratiques professionnelles de l'internement : un fort ancrage prudentiel

Un article en particulier a joué un rôle crucial dans mon cheminement réflexif tout au long du travail de thèse : « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », rédigé par deux sociologues français, Bertrand Ravon et Pierre A. Vidal-Naquet (2018). Conseillé, à l'époque, par une collègue doctorante, que je remercie au passage (Messaoudi, 2023), ce travail a été le point de départ théorique des analyses que j'ai menées au cours de la recherche. Dans ce court papier, les auteurs s'intéressent aux pratiques des professionnels du travail social en France. Ils partent du constat qu'il s'agit de pratiques qui évoluent dans un contexte d'incertitude immense car les situations qui se présentent à eux sont aussi singulières que complexes. Pour savoir quoi faire et comment bien agir en situation, les professionnels sont amenés « à devoir faire des paris, à agir de façon probabiliste, à devoir se distancer d'une certaine forme de formalisation, à expérimenter différentes issues possibles, à avancer par approximations successives, en tâtonnant ». Ces pratiques, selon les deux sociologues, sont « faiblement dépendantes de la règle et de la norme [et] particulièrement fragiles. Elles peuvent faire l'objet de profonds désaccords entre les intervenants » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 81).

Ces pratiques peuvent être qualifiées de « prudentielles » (Champy, 2012). Dérivé du concept de prudence, le qualificatif « prudentiel », issu de la « nouvelle » sociologie des professions, est proposé par le sociologue Florent Champy, qui se base lui-même sur le concept d'Aristote dans *Éthiques à Nicomaque* (1959 ; Aubenque, 1963), où la prudence est un principe éthique, prévoyant que toute prise de décision doit être précédée de moments de délibération.

Pour les professionnels des UPML et des équipes mobiles TSI, tenter d'exercer leur « mission de soin » dans un contexte qui tente d'allier autonomie et protection, soin et sécurité, relève très souvent de la gageure. Des tensions émergent entre les équipes quant à ce qu'il convient de faire et ce qui est une bonne ou une mauvaise façon d'intervenir. Face à des situations singulières et souvent difficiles à gérer, les professionnels doivent sans cesse repenser le cadre de leur travail, notamment à travers des moments collectifs de délibération, et avancer pas à pas pour redéfinir leurs missions (Ravon, Vidal-Naquet, 2018). Et ils sont parfois amenés à prendre des décisions jugées « difficiles » ; par exemple, refuser la candidature ou le projet de sortie d'un patient, sachant que ceci peut générer un « embouteillage » dans le trajet de soins et augmenter la stagnation des personnes internées en prison (voir les chapitre 3 et 4), ou décider de mettre à l'isolement un patient très agité qui a consommé de la drogue (chapitre 5), ou encore prendre la décision d'arrêter l'intervention en raison du caractère trop dangereux d'une situation liée à un possible passage à l'acte, ce qui implique généralement le retour du patient en prison (chapitre 6). Ces décisions retombent sur les professionnels, que ce soit sur les épaules du psychiatre de l'unité, qui incarne la figure d'autorité et à qui il incombe de signer les rapports d'incident envoyés à l'instance judiciaire (CPS, TAP), ou sur celles de l'équipe soignante de première ligne, qui doit gérer des comportements transgressifs et apaiser des disputes qui surviennent en salle suite aux décisions prises (Brodwin, 2013). La mission de soin, qui semble parfois quasi impossible à accomplir, met au défi leur métier de « soignants ». Ces pratiques revêtent un fort ancrage prudentiel.

Les professions à pratiques prudentielles bénéficient d'une certaine indépendance de travail qu'elles désirent conserver, et tendent à approcher par tâtonnement les situations considérées comme complexes, vu « la singularité du matériau humain sur lequel le travail porte » (Champy, 2015, p. 83). Les professionnels qui travaillent dans un tel « contexte d'incertitude » n'ont d'autre choix que d'intégrer le registre des capacités à celui de la probabilité afin de tenter de « gérer l'ingérable » (Coutant, 2012, p. 77). Dans le contexte de l'internement, la part d'incertitude est gigantesque : au sortir des unités, la personne va-t-elle récidiver ? Ne pouvant pas se résoudre à maintenir *intra-muros* les personnes internées en attendant d'être certains qu'elles se réinséreront sans faille, les professionnels font alors parfois le pari que s'ils ne peuvent pas savoir exactement de quoi la personne auprès de qui ils interviennent est capable, ils en savent suffisamment pour accepter son projet et faire « comme si » (Champy, 2015). Ce genre de situation d'intervention rassemble une pluralité de professionnels issus de champs disciplinaires différents qui doivent se mettre d'accord pour « faire tenir ensemble » des

exigences parfois opposées. Pour surmonter les désaccords que ces situations peuvent engendrer, ces professionnels s'appuient sur les ressources matérielles dont ils disposent (une loi, un règlement d'ordre intérieur) et sont forcés d'échanger et de délibérer pour réinventer leurs mandats et missions, ce qui les amènera à parfois devoir arrondir les angles du cadre de leur travail (Ravon, Vidal-Naquet, 2018). En tant qu' « entrepreneurs de morale » (Becker, 2020, p. 171), ils développent de nouvelles connaissances et promeuvent de nouvelles normes qui régiront le travail dans le domaine.

Pour rendre compte de ceci, Ravon et Vidal-Naquet ont élaboré le concept d'« épreuve de professionnalité » : les auteurs s'intéressent à la manière dont les professionnels font pour tenir ensemble des exigences antinomiques, ce qui revient parfois à faire tout et son contraire. Un tel effort crée une épreuve, au sens « du rapport entre une définition de la réalité […] et la matérialité du monde » (Lemieux, 2018, p. 26). Cela étant, poser un regard sur les épreuves de professionnalité ne consiste pas uniquement à se focaliser sur la « pénibilité » du travail des professionnels issus du monde psycho-médicosocial qui les « éprouvent », mais de montrer que les épreuves liées à la pratique des professionnels « ont aussi pour effet de bousculer leur professionnalité, aussi bien négativement que positivement » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 74).

Assez récente dans le champ de la littérature en sociologie des professions, l'analyse au moyen du concept de « prudence » (Champy, 2012) et des « épreuves de professionnalité » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018) n'est pas propre au travail social et constitue une boite à outils conceptuels intéressante pour penser les pratiques sur d'autres terrains (Velpry, Vidal-Naquet, 2019, pour le cas de la prise en charge des personnes autistes ; Le Helley, Rapegno, Rosenfelder, 2021, pour l'accompagnement en habitat collectif pendant le Covid19 ; Messaoudi, 2023, pour le travail social dans le cadre de services d'aide à la jeunesse). Le terrain de l'internement, et précisément des UPML et des équipes mobiles TSI, amène une nouvelle application empirique des concepts précités, dans un contexte social original, et invite à repenser certains grands principes qui sous-tendent cette « nouvelle » sociologie des professions (voir le chapitre 6).

2. Pour une sociologie pragmatique de l'évaluation et de l'intervention en psychiatrie légale

Les développements précédents le laissent à penser : la thèse ne s'ancre pas dans une démarche foucaldienne. Si elle reconnait bien évidemment l'œuvre immense du philosophe, tant dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie (1972) que de l'avènement de la prison (1975), elle s'en

sert plutôt comme d'une référence historique qui donne à voir la genèse de certaines grandes mutations sociales, comme par exemple, dans le domaine pénal, l'analyse du passage d'un intérêt pour les faits commis à une prise en compte de la personnalité du prévenu, ce qui traduit la prise en compte de la notion de dangerosité dans le procès pénal (Foucault, 1981).

Une partie de l'œuvre de Michel Foucault consiste à décoder les rapports de pouvoir qui régissent la société, telles des macrostructures qui traversent les individus. Selon lui, toute société déploie des dispositifs de « gouvernementalité » (Foucault, 1999 *in* Cartuyvels, 2017), un ensemble de savoirs (qui peuvent être scientifiques) et de discours, d'ordre moral ou philosophique, mais aussi d'appareils institutionnels et de techniques (dont la plus connue est sans doute le *panopticon* (Foucault, 1975)), qui permettent de structurer la vie sociale des individus, à tel point que le pouvoir devient intériorisé par les membres d'une société. Partant, dans une perspective foucaldienne, toute une série de contraintes pèsent sur les individus que le sociologue a pour tâche de dévoiler. Un des risques lié à ce type de démarche est de tirer des conclusions sur le fonctionnement du « terrain » qu'on souhaite étudier avant même de l'avoir exploré.

Les analyses proposées dans la thèse font un pas de côté et proposent une lecture de la société basée non plus sur un contrôle en amont des pratiques sociales des individus mais sur le « pilotage à vue » et « par le bas » des acteurs (Ravon, Neuilly, 2017, p. 42). L'idée est d'aller voir au-delà des rapports potestatifs comme seules ressources explicatives des actions des individus, en favorisant une perspective actionnaliste et pragmatique qui prend au sérieux leurs compétences et s'intéresse au sens que les professionnels donnent aux tâches qu'ils accomplissent, à travers la façon dont ils racontent leur pratique quotidienne, décodent des situations complexes et, surtout, justifient ce qu'ils font au moment où ils le font (Boltanski, Thévenot, 1991 ; Lemieux, 2018). En effet, les personnes entament des processus de qualification des situations qui se jouent devant eux, en termes de justice, de responsabilité, *etc*. Cette façon de *faire de la sociologie*, plus qu'un outil théorique, est une méthode en soi car elle donne un cadre d'analyse des données empiriques récoltées et permet de regarder le terrain tel qu'il est vraiment.

Ce faisant, j'ai essentiellement porté mon attention sur les discours que tiennent les professionnels des UPML et de l'équipe mobile TSI sur ce qu'ils font, que ce soit lors de moments de « reprises de l'action » (en réunion d'équipe, par exemple) ou en situation, lors d'interventions directes auprès des patients (Ravon, 2012, p. 97) (voir *infra*, point III). Les

professionnels déterminent eux-mêmes ce qu'il est acceptable de faire ou non (ou moins) vis-à-vis d'un patient interné et vis-à-vis des règles de travail qu'ils se donnent. Les réflexions à voix haute qu'ont les professionnels sur leurs pratiques prennent différentes formes et s'inscrivent dans différents contextes : elles sont exprimées de manière formelle (lors de réunions d'équipe) ou informelle (des échanges plus ponctuels en salle), parfois de façon calme et posée, parfois sur un ton énervé, parfois encore en usant d'humour, voire de sarcasme, comme d'autres enquêtes sur des scènes empiriques similaires ont pu le démontrer (Brodwin, 2013 ; Mougeot, 2019).

S'inscrivant dans la continuité des précédents travaux cités plus haut, ma recherche prend appui sur l'évolution des réformes légales en matière d'internement et sur les croisements qu'on peut faire avec les dernières réformes belges en santé mentale, afin d'analyser les pratiques professionnelles de l'internement sur des terrains, souvent peu voire pas du tout étudiés. M'éloignant des perspectives plus normatives et critiques qui prédominent dans le champ, c'est à partir d'une approche pragmatique « par le bas », au plus près des pratiques des acteurs, sans toutefois faire fi du contexte social qui pèse parfois lourdement sur leurs actions, que je tente de rendre compte de la façon dont on « soigne » une personne internée en vue de sa réinsertion sociale. Dans quel imaginaire social cette libération progressive aura-t-elle lieu ? Que faudra-t-il (re)conquérir ? Une autonomie suffisante ? Un potentiel de dangerosité annihilé ? À l'heure où l'autonomie ou « l'entreprise de soi » (Demailly, 2011) sont devenues non plus des *aspirations* à mener une « vie bonne » mais des *conditions* à mener une vie qui vaut la peine d'être vécue (Ehrenberg, 2010 ; Marquis, 2015, 2019), qu'est-il attendu de ces personnes à leur retour dans la société ? Et, surtout, comment les professionnels qui prennent en charge ces personnes s'approprient-ils ces attentes et les opérationnalisent-ils en pratique ?

J'ai présenté jusqu'ici les balises théoriques de la thèse, ainsi que celles qui ont servi à cadrer la description et l'analyse des données empiriques, tout en précisant la posture épistémologique. Je me penche à présent sur la récolte de ces données par le biais d'une ethnographie, et sur les défis que cette méthode a engendrés.

III. L'enquête sur l'enquête : réflexions méthodologiques

L'enquête empirique s'est déroulée dans un contexte pandémique, qui a marqué l'organisation interne des UPML et celle de l'équipe mobile TSI, et qui a indéniablement rendue incertaine mon entrée sur ces terrains. Néanmoins, la crise liée au COVID19 n'a pas été le seul obstacle à

contourner. Mener une enquête empirique auprès de praticiens issus du champ médico-légal qui prennent en charge des personnes sous mesure d'internement a soulevé quelques inquiétudes auprès de mon entourage : « n'est-ce pas dangereux ? ». Certes, l'internement concerne des individus considérés dangereux et à risque pour eux-mêmes et pour les autres dans l'éventualité d'un nouveau passage à l'acte. Toutefois, bien que la dangerosité soit une notion difficile à saisir et à mesurer[10], l'examen rétrospectif de la conduite du terrain a révélé que les contrariétés et les « dangers » de l'enquête n'ont pas toujours été ceux auxquels on aurait pu s'attendre.

Dans ce troisième point, je me concentre sur l'enquête de terrain, qui possède elle-même une « valeur heuristique » (Guionnet, Rétif, 2015), en ceci que la façon dont elle a pu être menée, ses conditions matérielles de réalisation, disent des choses sur le fonctionnement des phénomènes sociaux qu'elle tente d'éclairer. Mener une enquête de terrain de cette ampleur m'a appris beaucoup de choses ; une thèse entière pouvant être consacrée aux façons de faire du terrain et aux aléas générés[11], l'exercice proposé ici n'est pas exhaustif. Les aspects qui y sont abordés sont pertinents pour (re)penser la méthode choisie et servent aussi directement les analyses proposées dans la thèse. Des incursions méthodologiques sont également présentes au fil des chapitres, au moment les plus opportuns. Par exemple, dans le chapitre 4, lorsque je discute des usages concrets d'un outil d'évaluation du risque de violence et de récidive, je mets en lumière les défis ethnographiques rencontrés afin d'observer une telle pratique. À noter que je ne reviens pas ici sur les terrains choisis, leurs genèses ou leurs spécificités, car un chapitre entier y est dédié (voir le chapitre 2).

La réflexion que je propose est divisée en deux points. D'abord, je présente les principaux paramètres de l'enquête ethnographique, soulignant l'intérêt de la démarche compte-tenu des questions de recherche et de la posture adoptée (1.). Ensuite, je me focalise sur un élément en particulier, qui a été un enjeu majeur sur le terrain des UPML et qui permet d'en aborder d'autres : la négociation du terrain. Si je n'ai jamais dû faire front à un refus de terrain, négocier

[10] Je montre dans le quatrième et le sixième chapitre ce que la catégorie dangerosité signifie concrètement pour les équipes rencontrées.

[11] De nombreux travaux existent sur le déroulement et les défis d'une enquête de terrain. Ils ont guidé mes réflexions post-terrains qui ont consisté à revenir sur certains aspects de l'enquête. Voy. par exemple: Lareau, A. (2021). *Listening to people: A practical guide to interviewing, participant observation, data analysis, and writing it all up*. University of Chicago Press. ; Weber, F. et Beaud, S. (2010). *Guide de l'enquête de terrain*. La Découverte. ; Robben, A.C. et Sluka, J.A. (Eds.) (2012). *Ethnographic fieldwork: An anthropological reader* (vol. 23). John Wiley & Sons. ; Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

mon entrée au sein de deux UPML, que je nommerai l'unité A et l'unité B, et, dans une moindre mesure, auprès d'une équipe mobile TSI, a généré quelques « épreuves ethnographiques » (Fassin, Bensa, 2008). Le processus de négociation d'accès aux unités s'est avéré une étape aussi longue que le terrain en lui-même ; l'analyse de celui-ci amorce des points de tension liés à la légitimité des disciplines professionnelles présentes en psychiatrie légale ; point que j'approfondis plus loin dans la thèse. Et la négociation du terrain ne s'arrête pas dès qu'un comité d'éthique a donné son accord, elle se poursuit jusqu'à la fin et consiste à continûment clarifier les attentes et à trouver sa place, en tant qu'observatrice, entre un groupe (les professionnels) qui exerce une certaine autorité sur un autre groupe (les patients internés) (2).

1. Ethnographier les pratiques professionnelles de l'internement : le matériau empirique

Les données empiriques mobilisées dans la thèse ont été récoltées au moyen d'une enquête ethnographique menée auprès d'une équipe mobile TSI (août 2020 – mars 2021) et au sein de deux UPML (mars 2021 – mars 2022) en Belgique francophone. La démarche s'appuie principalement sur l'observation et, dans une moindre mesure, sur la réalisation d'entretiens individuels à visée exploratoire et compréhensive auprès d'acteurs de l'internement qui « gravitent » autour des deux terrains précités (n = 23) ; par exemple, des assistants de justice, des experts psychiatres, ou encore des coordinateurs TSI et justice. Le premier chapitre de la thèse revient plus en détail sur le rôle et les fonctions de ces acteurs. Certaines de ces rencontres ont été menées en ligne en raison du contexte pandémique. Je me suis également entretenue avec une partie des professionnels qui travaillent dans les deux UPML (l'unité A et l'unité B) (n =16) et à l'équipe mobile TSI[12]. Les entretiens prenaient généralement la forme d'une conversation, bien qu'ils étaient relativement cadrés par une série de questions que j'avais préalablement élaborées. Un tableau annexé à la thèse reprend les détails et la temporalité de l'enquête ethnographique (voir l'annexe 1).

Les observations *intra-muros* étaient « fractionnées » (Cefaï, 2013 p. 1), en ceci que j'ai observé quelques heures par jour et quelques jours par semaine le quotidien des deux unités. Le cœur du terrain a consisté en deux types de situation : d'une part, les réunions d'équipe, qui rassemblent tout ou une partie des professionnels et qui concernent tant les situations cliniques des patients que des aspects organisationnels et institutionnels ; et, d'autre part, la vie ordinaire

[12] Je me suis entretenue avec tous les membres de l'équipe mobile TSI que j'ai suivie. Afin de respecter la confidentialité de l'équipe, je ne révèle pas le nombre exact d'entretiens réalisés.

de l'unité basée sur les interactions « à vif » entre un petit nombre de professionnels et certains de leurs échanges, en salle, avec les patients. L'intérêt de ce type d'observation « flottante » (Pétonnet, 1982 ; Cefaï, 2013) est de comprendre où « ça se joue », en ne me plaçant pas forcément là où on me disait d'observer (voir *infra).* Au total, j'ai passé environ 235 heures au sein des unités et 30 heures auprès de l'équipe mobile TSI (voir l'annexe 1).

Pour les deux UPML, un comité d'éthique interne aux hôpitaux psychiatriques concernés a préalablement approuvé ma demande d'immersion. Il n'a pas été possible d'enregistrer dans l'enceinte des UPML, à la différence des réunions de l'équipe mobile. La récolte des données a donc consisté en une épaisse prise de notes qui visait à mettre par écrit à la fois les choses dites et faites par les acteurs de terrain que j'observais, et aussi à inscrire, dans le même carnet, mes ressentis, mes pensées et mes premières réflexions par rapport à ces observations, tout en prenant soin de distinguer les deux niveaux de réflexion. Au total, dix-sept cahiers au format A5 forment la « matière » du terrain et les données ethnographiques : celles-ci sont narratives car elles racontent quelque chose, « ma vie au sein des UPML ». J'y pose aussi des questions, j'élabore des premières pistes d'analyse, je marque des étonnements et trace parfois quelques schémas ou dessins « sur le vif », par exemple, pour me remémorer la disposition des tables de réunion. À l'inverse, le contenu des entretiens, s'il est informatif à de nombreux égards, est apparu plus secondaire, étant un matériau beaucoup plus lisse, qui relate un certain type de discours dont il n'est pas aisé de restituer le contexte (Lareau, 2021). Une dizaine de questions ouvertes ont cadré les entretiens (voir l'annexe 2). Les données de terrain mobilisées dans les chapitres qui suivent ont toutes été retranscrites et, parmi celles-ci, les données qualitatives concernant les UPML ont été organisées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo. Par souci d'anonymat, tous les noms cités dans le manuscrit sont des noms d'emprunt[13].

La démarche ethnographique telle que je l'ai pratiquée m'a permis d'*être là*, c'est-à-dire de voir « de mes propres yeux » et d'écouter « de mes propres oreilles » le monde que je voulais étudier (Cefaï, 2013, p. 1) afin de rendre explicite l'expérience d'autrui (ici, celle des professionnels), offrant des « portraits vivants » des situations qu'ils sont amenés à traiter (Lareau, 2021, p. 260, *ma traduction*). Ensuite, par la mise en récit, par l'écriture des données qualitatives récoltées,

[13] Les prénoms fictifs ont été choisis dans un souci de coller le plus possible aux prénoms des acteurs de terrain rencontrés, notamment en ce qui concerne l'origine culturelle du prénom, faisant écho à une « anonymisation située » (Coulmont, 2017). Parfois, seule l'initiale du nom de famille (modifiée pour garantir l'anonymat) est utilisée car je ne disposais pas du prénom ou du nom de la personne concernée.

j'ai tenté de rendre compréhensible des réalités sociales et professionnelles parfois invisibles, voire indicibles, et souvent mal connues, ou seulement par ceux et celles qui y sont directement liés. Néanmoins, pour rendre cela possible, il a fallu avoir accès aux terrains d'enquête : les données que l'on récolte ne sont en réalité jamais *données*, elles s'acquiert par un processus initial de négociation.

Encadré 2. Mener des entretiens avec les patients internés ?

Les pratiques des professionnels des UPML sont au cœur de la thèse, ce qui ne m'a pas empêchée de m'intéresser également à l'expérience des patients internés. Durant les longues heures passées au sein des unités, lors de mes déambulations, il est arrivé qu'un patient m'aborde spontanément afin d'entamer une brève conversation. À l'occasion d'une activité « jeu de société » ou d'une partie de *baby-foot*, j'ai également pu échanger avec certains d'entre eux. Ces moments impromptus m'ont permis de me faire une première idée de leur vécu de l'internement et de la libération à l'essai, mais ne se sont pas révélés suffisants pour véritablement rendre compte de leur expérience personnelle. De leurs côtés, les professionnels des UPML ne se sont jamais opposés à ce que je mène des entretiens individuels et confidentiels avec les patients. Au contraire, ils ont vivement encouragé ma démarche. Sur les conseils d'un psychologue, j'ai décidé de confectionner une affiche qui annonce aux patients la possibilité d'échanger avec moi sur leur vécu et ce, de façon anonyme. Ce procédé m'a permis de laisser la porte ouverte aux entretiens individuels et d'en informer les patients sans toutefois les presser ou les importuner. *In fine*, la démarche n'a pas rencontré un franc succès auprès des principaux intéressés, qui ne l'étaient, de toute évidence, pas vraiment. On peut émettre l'hypothèse qu'habitués à devoir se raconter régulièrement et de toutes les manières à bon nombre de professionnels, une énième entrevue, avec une sociologue cette fois, ne les a pas motivés outre mesure.

2. Négocier le terrain dans les UPML : un processus continu

Négocier mon entrée au sein des UPML, ainsi que les termes de l'enquête ethnographique, fut un processus de longue haleine qui s'est étalé sur près d'une année et demie (de novembre 2019 à mars 2021 pour l'unité A et de septembre 2020 à mai 2021 pour l'unité B). En parallèle s'est négocié le terrain secondaire, auprès de l'équipe mobile TSI (de janvier 2020 à août 2020).

La demande d'observation de la pratique de l'équipe mobile TSI s'est faite relativement sans encombre. Si la pandémie a mis sur pause les négociations en mars 2020, celles-ci ont repris trois mois plus tard, lors d'un premier effort de déconfinement, et se sont soldées par un début presque immédiat du terrain en août 2020. Il a été plus facile d'observer, dans un premier temps, leurs réunions d'équipe hebdomadaires. Le coordinateur de l'équipe n'y voyait en effet aucun inconvénient invoquant le fait que la réunion devait de toute façon avoir lieu, « alors une personne de plus, ça ne change rien ! », à condition que je porte un masque buccal. Cette première expérience empirique a renforcé la pertinence de prêter une attention particulière aux délibérations des équipes qui interviennent auprès des patients internés. Pendant deux heures

sont discutées les « nouvelles demandes de suivi » et les situations cliniques des patients accompagnés par l'équipe ambulatoire. Assise avec les autres autour de la table, j'enregistre et je note leurs interactions : je décèle petit à petit les critères du « bon » patient interné (un patient suffisamment autonome ; voir les chapitres 3 et 4). Je décide de répliquer les modalités de ce terrain au sein des UPML. La réflexion qui suit se concentre d'ailleurs uniquement sur la négociation de l'accès aux unités.

La négociation du terrain dans les UPML concerne deux temporalités : en amont de l'entrée effective sur le terrain et pendant la durée du terrain, une fois dans les murs des unités. Négocier un terrain ethnographique est un processus beaucoup plus long qu'on ne le croit et qui, en réalité ne s'arrête pas à une validation par un comité éthique ou un accord par mail. Je développe ceci en quatre points. La longue période de négociation en prévision de mon entrée au sein des deux UPML a été rythmée de va-et-vient, de discussions formelles et informelles, menées à l'oral ou par écrit, avec des interlocuteurs clés de chacune des deux unités : les « coordinateurs et coordinatrices TSI » des équipes dont il est question. Si le terrain est dit « psychiatrique », les pourparlers ont principalement eu lieu avec les psychologues et les criminologues des unités (A.). Ces derniers se sont chargés de m'accueillir les premiers jours sur place, lors desquels il a fallu clarifier les attentes de tous les acteurs en présence (B.). Et *terrain négocié* ne rime pas forcément avec *terrain gagné*. Une fois l'ethnographie bel et bien entamée, il a fallu préserver l'autonomie de ma recherche et de ma démarche auprès des professionnels, garantissant la réalisation d'une sociologie *de la* clinique et *de la* psychométrie (C.). Je clos la réflexion en abordant un autre enjeu ethnographique, propre aux terrains (relativement) fermés : négocier sa place au sein d'un espace où cohabitent deux groupes qui ne partagent pas la même position hiérarchique dans le jeu social (D.).

A. Psychologues et criminologues : les principaux acteurs des négociations

Une première rencontre fortuite à l'occasion d'une défense de thèse en psychiatrie légale m'a orientée vers un psychologue, coordinateur TSI de l'unité A. Dès les premiers échanges, celui-ci semble intéressé par ma démarche et me propose une rencontre sur place. Nous nous voyons pour la première fois en février 2020, soit deux mois après ma venue dans une autre UPML, présentée plus haut (voir *supra,* rencontre avec l'internement). Arrivée sur place, je m'imprègne de l'ambiance. Le psychologue m'explique qu'il coordonne le « projet TSI » rattaché à l'hôpital psychiatrique dans lequel nous nous trouvons, c'est-à-dire les différentes structures mises en place pour les personnes sous mesure d'internement : en font partie l'unité A, d'autres « lits

internés » répartis au sein d'autres unités, mais aussi la maison de soins psychiatriques qui jouxte le bâtiment. Je m'étonne à ce stade de ne pas avoir rencontré le psychiatre, ni d'avoir échangé avec ce dernier sur la possibilité et les modalités d'un terrain ethnographique au sein de ce que je crois être « son » unité. Le psychologue m'informe que d'autres psychologues et criminologues membres de l'équipe professionnelle exercent également une fonction de recherche quand leur travail journalier le permet, et qu'il serait pertinent pour moi de discuter avec eux de mon projet. À ce moment de « l'étape liminaire » de l'enquête (Derbez, 2010, p. 105), je me demande qui dirige concrètement l'unité et qui prend les décisions. Le psychiatre ? Le psychologue, en tant que coordinateur ? En somme, qui est « le chef » ? L'enquête révèlera plus tard que, du point de vue discursif à tout le moins, c'est en réalité l'infirmier en chef qui gère l'équipe, là où le psychiatre est le « responsable médical » des patients internés à l'unité. Mais en pratique, l'autorité du médecin n'a pas disparu pour autant et semble toujours peser sur le travail de l'équipe (voir les chapitres 4 et 6).

Dans cette unité, j'ai été imposée au reste de l'équipe et aux patients. Je n'ai d'ailleurs aucune idée de la façon dont ma venue a été annoncée aux autres professionnels, ni aux patients. Après plusieurs mois d'échanges par écrit et de longues semaines d'attente, je reçois enfin, par email, la confirmation de pouvoir réaliser une ethnographie au sein des murs de l'unité A :

> Bonjour Mme De Spiegeleir,
>
> Je suis content de vous signaler que notre Comité d'accompagnement des productions scientifiques de [l'hôpital psychiatrique] a donné son feu vert pour votre recherche de thèse.
>
> *(Extrait d'un mail reçu de l'unité A, 24 octobre 2021)*

Plus tard, une « convention de stage de recherche de terrain d'enquête dans le cadre de la réalisation d'un doctorat » est rédigée, précisant les objectifs de ma thèse, la durée de l'ethnographie et les responsabilités des parties prenantes (les promoteurs, le maitre de stage et moi-même). Le psychologue-coordinateur y est renseigné comme maitre du stage et comme « interlocuteur privilégié » et ce, pendant toute la durée de mon terrain.

Du côté de l'unité B, ma demande d'y mener des observations fut introduite en septembre 2021, soit quelques semaines avant la confirmation de mon accès à l'unité A. C'est avec la coordinatrice TSI de l'unité B, criminologue cette fois, que je partage mes ambitions et mon envie de pouvoir venir observer leurs pratiques. Elle me mettra également en lien avec une

psychologue-chercheuse. Une rencontre avec l'équipe est finalement organisée afin que je puisse présenter mon projet de recherche. Ce jour-là, je suis incapable de distinguer qui est qui dans l'assemblée, personne ne porte l'uniforme, mais j'apprends que l'équipe est presque au complet et que toutes les disciplines sont représentées, y compris les psychiatres. Ma brève présentation n'engendre aucune réaction. La psychologue-chercheuse tente de me rassurer, insistant sur le fait que bien qu'ils soient silencieux, « ils sont très intéressés ». Il m'est ensuite demandé de remplir des documents, confectionnés par leurs soins, qui visent à expliciter davantage les modalités de ma recherche. Je les envoie au comité d'éthique de l'hôpital le 1er mars 2021, qui me donnera une réponse positive près de trois mois plus tard.

> Madame,
>
> Après avoir pris connaissance de votre projet de recherche et des documents complémentaires que vous nous avez fournis, le Comité d'Éthique marque son accord quant à sa réalisation.
>
> *(Extrait d'un mail reçu de l'unité B, 20 mai 2021)*

Solliciter deux UPML ne visait pas la réalisation d'une ethnographie comparative entre deux structures du même type. L'idée était plus stratégique que méthodologique : il s'agissait d'augmenter mes chances d'obtenir un terrain hospitalier afin de pouvoir étudier les pratiques professionnelles qui s'opèrent lors d'une libération à l'essai en résidentiel. Les deux unités ayant finalement accepté ma présence sur place, et plutôt que de céder un terrain pour l'autre, j'ai fait le choix de saisir ces deux opportunités, doublant ainsi le volume du matériau empirique.

Pour en revenir à la négociation des deux terrains, qui en fait n'en forme qu'un (le terrain résidentiel, par contraste avec le terrain ambulatoire de l'équipe mobile TSI), le scénario était assez similaire des deux côtés : j'ai négocié l'entrée et les modalités de l'enquête avec les psychologues et les criminologues, j'ai convenu par écrit des devoirs et des droits de chacun et les pourparlers se sont clôturés lorsque le comité d'éthique a donné son aval. À ce stade, le rôle joué par les médecins-psychiatres me surprend : moi qui avais imaginé devoir directement traiter avec ces derniers, les psychiatres étant souvent représentés comme seuls maitres à bord des services de psychiatrie légale, dans ce cas-ci, ils restèrent en retrait des négociations.

Le niveau d'implication des médecins des deux unités dans l'acceptation et l'organisation de ma venue reste inconnu. Je ne les ai d'ailleurs pas rencontrés dès l'entame de la récolte des données. Il a même fallu « deviner » qui endossait ce rôle lors de la toute première observation

d'une réunion d'équipe. Organisées sous la forme d'évaluations cliniques hebdomadaires des progrès des patients, le ton des réunions est plutôt informel, chacun s'appelle par son prénom omettant les titres liés aux fonctions de certains (par exemple, « docteur »). Néanmoins, c'est aux psychiatres que l'équipe rend compte des événements de la semaine, se tournant machinalement vers eux, ce qui m'a permis de les identifier. Il semble donc que les médecins conservent une certaine autorité à l'unité médico-légale, bien qu'ils se soient soustraits de la gestion formelle de mon « stage de recherche ». Celle-ci est attribuée aux psychologues et/ou criminologues. À l'équipe mobile TSI, la même logique s'opère au profit d'autres disciplines (par exemple, les assistants sociaux) : le psychiatre n'est jamais le « chef » effectif – ou le coordinateur – de l'équipe.

On peut formuler l'hypothèse qu'un partage des responsabilités s'opère entre psychiatres, psychologues et criminologues sans pour autant anéantir leurs expertises propres. Ceci fait intervenir un autre enjeu, celui de la légitimité du savoir produit à l'égard des patients : « quelle est la bonne expertise ? » La clinique, la psychométrie ou les deux ? À ceci s'est ajouté, par ma venue au sein des unités, un savoir sociologique et ethnographique sur les pratiques professionnelles et sur la production du savoir « psy » en lui-même, créant, pour certains, un jeu d'échelle dans lequel il a fallu trouver sa place sans rompre l'équilibre professionnel et expertal qui régit les UPML. Bien que l'enjeu de la légitimation des expertises dans le milieu de la psychiatrie légale ne soit pas au cœur de cette recherche, j'aborde la question, qui vise en particulier les psychologues, dans la deuxième partie de la thèse, et surtout lorsque je traite de l'usage d'outils psychométriques par le biais desquels certains psychologues et criminologues revendiquent une forme d'expertise propre que les psychiatres peuvent pratiquer mais dont ils ne sont pas les premiers experts (voir le chapitre 4).

B. Se présenter ou être imposée : l'importance de clarifier les attentes

Revenir sur le processus de négociation qui s'est déroulé en amont de l'entrée dans les UPML a permis de « faire commencer l'enquête avant son début » (Darmon, 2005, p. 99). Dès les premiers jours dans les UPML s'ensuit tout un travail diplomatique qui consiste à continuellement réguler les attentes des différentes parties.

À l'issue des négociations avec le coordinateur TSI de l'unité A, j'ai mené ma première journée d'observation le 3 mars 2021. Mon arrivée à l'unité a été plutôt directe : vu leur étonnement quand ils me croisaient dans les couloirs, j'ai été « imposée » aux soignants. J'ai appris plus tard qu'un email annonçant ma venue avait été envoyé à l'équipe. Il en va de même pour les

patients qui n'ont pas été contactés par voie électronique. Ce jour-là, je m'aventure dans le couloir principal de l'unité accompagnée du coordinateur, qui me présente rapidement à quelques patients. L'un d'entre eux réagit sans me regarder : « mais elle sert à quoi ? Elle est psy ? ». Sa question est franche mais efficace. Le coordinateur répond que je suis sociologue et que je vais venir de temps en temps observer le quotidien de l'unité. Sans émotion apparente, le patient s'en va ; il se demande sans doute les raisons de l'intérêt soudain d'une sociologue pour les aléas de l'UPML, ou peut-être est-il soulagé, se rassurant de ne pas devoir se confier et « consulter » une énième professionnelle de la santé.

À l'unité B, *a contrario*, deux moments formels de rencontre avec l'équipe ont été organisés. L'un, en amont des premiers jours de terrain, avec une grande partie de l'équipe (voir *supra*) ; l'autre, une fois l'enquête empirique entamée : les professionnels avaient convoqué tous les patients dans la salle de télévision afin que je puisse me présenter et introduire les objectifs de ma recherche. Après quelques minutes de prise de parole, les patients me regardent sans broncher, laissant planer un grand silence dans la pièce. Soudain, l'un s'intéresse et me demande : « vous avez quel âge ? ». Je souris et réponds directement « 29 ans ». « Vous êtes mariée ? », surenchérit le patient curieux, « non ! ». Pour combler la discussion qui n'a véritablement jamais décollé, je me suis mise à complimenter le grand aquarium : « faites attention madame, ce sont des piranhas ! », fous rires dans l'assemblée.

Les premiers contacts au tout début du terrain sont cruciaux car ils permettent d'être clair sur ce que les professionnels et les patients peuvent attendre de moi et de ma recherche, et, réciproquement, sur ce que je peux attendre d'eux, en termes de disponibilités et d'accès. Toutefois, les attentes ne sont pas figées. Il est impératif qu'elles s'ajustent au fur et à mesure que l'enquête avance, en prenant toujours bien soin de rappeler que ma posture de « jeune chercheuse en sociologie » ne me donne ni la possibilité ni l'autorité d'améliorer les conditions de travail des travailleurs ni d'influencer le trajet de soins des patients, de plaider leur cause devant un tribunal, ou encore d'entamer un travail thérapeutique. La question du patient de l'unité A énoncée plus haut (« elle sert à quoi ? ») est tout à fait révélatrice des difficultés que peut générer un contexte ethnographique.

Faire du terrain revient à être en interaction avec un groupe de personnes, sauf que dans ce cas précis et selon la posture adoptée, les interactions ne sont pas basées sur une relation d'aide ou d'accompagnement. Il s'agit en somme d'une coprésence dans un même lieu, où je fais suffisamment partie des murs, et même de l'équipe, mais sans en faire trop : des liens cordiaux

se créent sans pour autant devenir trop familiers ni trop distants. Cette posture fait écho à ce que le sociologue Jean-Michel Chaumont nomme la « loi de Genard et Roca » (2020, [en ligne]) en référence aux travaux de deux autres sociologues, qui prédit que « plus l'engagement du chercheur sur son terrain est intense, plus les personnes auprès desquelles il s'implique auront tendance à le voir comme un familier, un allié, voire un ami et plus les risques sont grands d'embarras et d'embrasement éthiques lorsque le sociologue se comportera à nouveau comme tel » (2020, [en ligne]). Mon engagement au sein des UPML était restreint, j'observais plus que je ne participais activement au quotidien des unités. Cette posture n'a cependant pas toujours été facile à tenir.

C. Préserver l'autonomie de ma démarche : une sociologie *de la* clinique et *de la* psychométrie

Les négociations ne se résument pas à un simple accord écrit et formel, qui n'est en réalité qu'un « droit de présence » (Darmon, 2005, p. 99), elles concernent aussi les modalités de l'enquête : que peut-on observer, comment et pendant combien de temps ? À quoi ne peut-on pas avoir accès une fois admis dans les lieux ? *Etc.* Lors des discussions avec les psychologues et criminologues, avant le début du terrain, j'ai demandé à pouvoir observer les réunions d'équipe mais aussi la vie de tous les jours à l'unité, m'inspirant du premier terrain auprès de l'équipe mobile TSI. En général, ils ne s'y sont pas opposés, à condition que je n'enregistre pas les échanges, seule une prise de note étant autorisée. J'ai tout de même parfois rencontré quelques résistances en raison, par exemple, d'une « salle de réunion trop petite » ou d'une participation trop importante de patients à une activité en particulier, laissant peu d'espace pour une personne supplémentaire. Il n'a pas non plus été possible d'assister aux consultations qui réunissent un professionnel et un patient dans un espace clos (par exemple, l'entretien clinique entre un psychologue et un patient ou la consultation médicale avec un psychiatre). J'ai accepté ces conditions sans chercher de compromis car l'ambition initiale était de pouvoir observer les réunions d'équipe et les interventions en salle, ce qui avait été accordé et qui était suffisant pour produire un corpus de données qualitatives significatives afin de répondre aux questionnements de départ.

Si j'avais explicitement précisé mes intérêts de recherche, il est arrivé, dès les premières semaines de terrain, que certains « psychocrims » tentent d'orienter mon travail dans une

direction, par exemple en me suggérant de travailler sur le genre[14], ou en imaginant que ma présence sur place soit conditionnée à une collaboration scientifique (sous la forme d'une publication) dans le champ de la psychologie légale et plus précisément de la psychométrie, expertise en expansion au sein de certaines UPML. Cette demande s'est heurtée à mon expertise qualitative et à la volonté de poursuivre une recherche plus fondamentale et moins collaborative (voir *infra*). La façon dont je concevais l'enquête empirique et la récolte des données a elle-même fait l'objet de suggestions émanant directement des acteurs de terrain, m'indiquant par exemple, quelles étaient, selon eux, les meilleurs situations à observer dans l'unité. À l'annonce de ma venue, une fois par semaine, à l'unité B, tout en étant déjà occupée sur le terrain de l'unité A, une des psychologues de l'équipe s'est inquiétée de la « quantité » de données que j'allais pouvoir récolter, soulignant qu'il était important que je sois présente plus régulièrement. À l'inverse, d'autres intervenants me déconseillaient de venir certains jours, jugeant qu'il n'y aurait rien à observer, « ce ne sera pas intéressant pour toi ». Interprétant ces incursions dans la conduite de ma recherche non pas comme des tentatives d'ingérence dans mon travail, mais plutôt comme des conseils attentionnés, j'ai tout de même pris le temps d'expliquer que « rien » peut en réalité devenir « quelque chose » de très pertinent, préférant donner une place à une forme de sérendipité. Si l'ethnographe peut s'attendre à toute une série de pratiques et de formes d'interactions, il ne peut pas toujours présager de ce qu'il va découvrir, et on peut s'en réjouir. Au final, un équilibre a été trouvé, à tel point que le mot d'ordre est rapidement devenu : « tu viens quand tu veux ! ».

En outre, j'ai également dû faire face à une demande endogène, à laquelle j'ai décidé de ne pas répondre. Je fais écho ici à un épisode précis, lorsqu'un psychologue a souhaité que j'aide l'équipe soignante pour certaines tâches. L'une d'entre elles consistait à accompagner un patient en dehors de l'unité pour un rendez-vous médical dans un autre hôpital. Le professionnel a justifié sa demande en invoquant le manque d'effectif au sein de l'équipe. Bien que j'aie favorisé un type d'observation à faible portée participative, voulant éviter dans la mesure du possible de modifier le terrain que j'étudie, il m'est arrivé de prendre part, de façon volontaire, à certaines activités, qu'elles soient thérapeutiques, comme c'est arrivé, lors d'un atelier où chacun devait écrire et dessiner ce qu'il jugeait être « son obsession » et partager ensuite son ressenti avec le reste des participants. Toutefois, formée uniquement en sociologie et en

[14] Si la question est tout à fait pertinente, les enjeux liés au genre n'étaient pas le prisme principal de l'analyse des données récoltées, ni l'intérêt premier de la recherche. J'ai néanmoins abordé la question dans le chapitre 3, quand j'ai traité d'une question dérivée, celle de la mixité de genre au sein des UPML (voir le chapitre 3).

anthropologie, j'ai décliné tout engagement qui se rapprochait d'une activité purement clinique ou de « soins » et, qui plus est, devait être réalisée seule, sans la présence ou le soutien d'un membre de l'équipe soignante, ne m'estimant ni compétente, ni en droit de le faire (au sens de la déontologie et de la responsabilité civile).

Ne pas répondre aux requêtes du terrain, ou d'une partie de celui-ci, est moins aisé qu'il n'y parait. L'envie est grande de mettre la main à la pâte et d'aider, d'autant plus quand on sait que l'équipe tolère notre présence quasi journalière. Le sentiment d'être parfois « inutile » ou de ne « servir à rien » ne m'a jamais vraiment quittée tout au long de l'enquête, mais la détermination de m'en tenir à la posture de « sociologue-chercheur », qui est « observatrice, silencieuse et discrète » (Messaoudi, 2023, p. 81) et qui se met à distance tout en étant suffisamment présente, a toujours pris le dessus. L'enjeu était d'être activement là sans pour autant prendre une part active aux pratiques que je désirais observer car, à la différence d'une recherche-action, ma démarche ne visait pas à résoudre des problèmes cliniques directement formulés par les médecins-psychiatres ou les psychologues et criminologues (Chassagne, Godard-Marceau, 2016). L'idée était, au contraire, de se placer au chevet des pratiques et d'analyser les problèmes qui surviennent sur le terrain pour tenter de les expliquer sociologiquement, ce qui revient à faire, comme le formule Bertrand Ravon, « une sociologie de la clinique qui consiste à prendre pour objet même les activités cliniques » (2012, p. 17). Procéder à une sociologie *de la* clinique en opposition à une *sociologie clinique* ou à une *clinique sociologique*[15] rappelle la posture pragmatique que j'ai adoptée (voir *supra*, point II) et s'applique aussi aux pratiques psychométriques à l'œuvre sur le terrain : il s'agit de les décrire et de les contextualiser plutôt que de les dénoncer ou de les célébrer (voir le chapitre 4).

Tenter de faire une sociologie des pratiques cliniques et psychométriques appelle néanmoins à la prudence : il faut se garder d'adopter une posture de surplomb, tel un maitre-nageur installé confortablement sur sa chaise haute afin de surveiller et de s'assurer que tout se déroule comme cela est censé se dérouler et intervenant en fonction pour réguler les activités sociales de la piscine. Ici, je me suis placée à l'entrée de l'arène, au même niveau que ses membres, et je n'ai tenté de distinguer les niveaux hiérarchiques que pour en déceler et clarifier le fonctionnement, comme d'autres l'ont fait dans le domaine carcéral au moyen d'une « anthropologie de la

[15] Bertrand Ravon s'essayera néanmoins à l'activité d'une « clinique sociologique », qui consiste à prendre part aux pratiques observées et, en particulier, à s'engager dans un travail de supervision ou de reprise de l'action afin de construire avec les acteurs de terrain un « savoir partagé » (2012, p. 20).

clinique », qui permet de dépasser « l'opposition entre "soin" et "surveillance" », qui serait « trop simpliste, trop binaire pour permettre de comprendre ce qui se joue dans la prise en charge » (Chassagne, Godard-Marceau, 2016, p. 11).

D. Observer au sein des UPML : négocier sa place entre deux groupes ou la non-nécessité de choisir un camp

« Est-ce que les patients internés sont bien traités ? », « est-ce que les UPML, c'est comme dans *Vol au-dessus d'un nid de coucou* ? », « est-ce que l'internement aide les patients ? », « est-ce que les activités mises en place fonctionnent, est-ce que cela rend les patients effectivement plus autonomes ? ». Voici un échantillon du type de questions qui m'ont souvent été adressées lorsque je tentais d'expliquer l'objet et les questionnements de ma thèse à mon entourage. Si elles sont pertinentes et légitimes, ma réponse décevait souvent : « c'est plus compliqué que ça ». Ce faisant, j'évitais une réponse manichéenne et normative, qui placerait d'un côté des « gentils » patients dominés et de l'autre des « méchants » soignants dominants et qui valoriserait certaines pratiques au détriment de certains expériences personnelles ou *vice versa*. On devine que la réalité est beaucoup plus nuancée, ce dont j'ai humblement tenté de rendre compte. Cette posture a des implications empiriques. Il a en effet fallu que je trouve une place au sein d'un microcosme aux multiples dynamiques interpersonnelles et rapports de force.

Le terrain des UPML est fermé, en ceci qu'il est principalement circonscrit entre les murs de l'hôpital (bien qu'un accès au parc ou au jardin avoisinant soit prévu ; voir le chapitre 2). Les personnes qui s'y croisent appartiennent à deux groupes distincts : celui des personnes pour qui il s'agit d'un lieu de travail (les professionnels) et celui des personnes pour qui les unités sont un lieu de vie et de prise en charge (les patients internés). La relation asymétrique (Delmar, 2012) entre ces deux groupes est évidente car ils n'occupent pas la même position dans le jeu des interactions sociales : les professionnels, en position « haute », exercent une certaine autorité sur les patients auprès de qui ils interviennent et qui se retrouvent en position « basse ». La régulation des allées et venues des patients de l'unité par les professionnels est sans doute l'illustration la plus concrète de cette autorité. Toutefois, les deux groupes participent ensemble à la réactualisation des règles et des pratiques sociales qui constituent le quotidien du travail psychiatrique (Marquis, 2019). Partant, réaliser un terrain « à l'intérieur », côtoyant les deux groupes de façon simultanée, implique non pas de se positionner mais *a minima* de questionner la place qu'on occupe, en tant qu'observatrice, par rapport aux deux groupes en présence.

Pour certains chercheurs, la manière d'enquêter dans une telle configuration consiste à « choisir un camp » (Durand, 2019, p. 73). L'opération serait mécanique voire automatique : si l'intérêt de départ est plus marqué pour le travail des professionnels, il faut alors se situer « de leur côté », en s'associant à ces derniers. Il sera dès lors plus difficile d'aller se ranger du côté des patients. Le contexte fermé et asymétrique engagerait le chercheur à se décider d'emblée. J'ai tenté de dépasser cette vision dichotomique afin de trouver ma place dans le réseau de relations sociales que forme la scène enclavée des UPML. Au sein des unités se joue en effet une multitude de situations sociales où les rapports humains se lient et se délient en continu ; sorte de microcosme replié sur lui-même, j'ai fait partie de ce monde-là, sans particulièrement choisir un côté plutôt qu'un autre.

Comme expliqué précédemment, mon arrivée au sein des deux unités s'est discutée avec certains professionnels de l'équipe. Il aurait donc été difficile de prendre le parti des patients dès le début. De par ma proximité avec l'équipe, qui plus est, visible par les patients (par exemple, l'accès privilégié au bureau des soignants ou encore la possession d'un badge ; voir le chapitre 2), ces derniers m'ont très rapidement considérée comme une professionnelle. L'ethnographe est parfois associé à un groupe malgré lui. De plus, certaines UPML n'accueillaient, au moment de l'enquête, qu'une patientèle masculine, il était donc évident que je ferais partie du groupe qui « prend soin ». Les patients m'ont souvent interpellée à ce propos : « vous êtes la nouvelle psychiatre ? ». Néanmoins, l'attribution externe de mon appartenance à l'équipe n'a pas empêché d'entretenir des contacts récurrents avec les patients qui, à ma connaissance, ne m'ont pas perçue comme « une ennemie ». Au contraire, il était aisé pour certains d'entre eux d'échanger librement avec moi au détour d'un couloir ou lors d'une partie de jeu de société. Certains ont même trouvé une certaine utilité à ma présence au sein de l'unité, comme l'illustre la scène suivante.

Un jour, un patient à l'unité A se faufile dans le bureau des soignants et s'y installe. Magali, infirmière, s'énerve : « allez, non, pas dans le bureau ! ». Sachant pertinemment qu'il enfreint un principe de l'unité (les patients n'entrent pas dans le bureau des soignants), le patient agit avec malice afin de justifier sa présence dans un endroit interdit ; il me regarde en souriant et lance : « c'est pour discuter avec elle ! », pointant son doigt vers moi. Je sens que Magali est mal à l'aise, sans doute croit-elle que j'ai invité le patient à venir échanger avec moi dans le bureau. Pour éviter tout malentendu, qui risquerait de mettre à mal l'autorité de l'infirmière, je prends l'initiative de sortir immédiatement du bureau et j'accompagne le patient dans la salle

loisir *(JT, unité A, 19 mars 2021)*. J'ai eu affaire à plusieurs situations du même type pendant toute la durée du terrain. Elles s'apprécient au cas par cas, sachant que le laps de temps pour décider de ce qu'il convient de faire est parfois très court.

Mon adhésion au groupe de professionnels est restée cependant partielle, sans former un « nous » unitaire, comme cela peut être envisagé dans d'autres dispositifs d'enquête, où le chercheur est à la fois un membre effectif de l'équipe et partage un même employeur avec les professionnels dont il observe les pratiques et récolte les discours (Linder, 2023).

Ceci renvoie à la démarche pragmatique que j'ai adoptée pour étudier les dimensions concrètes du travail des professionnels des terrains précités, qui consiste à « suivre les acteurs » et à essayer de comprendre et à analyser leurs actions et leur cadre de travail, ainsi que la façon dont ils expliquent et justifient ce qu'ils font (Lemieux, 2018 ; Barthe *et al.*, 2013, p. 198 ; voir *supra,* point II). L'idée est de me positionner en faveur d'une certaine « indifférence méthodologique » qui tend à « respecter un principe de symétrie » (Barthe *et al.*, 2013, p. 198) et qui permet d'être moins tentée par le piège « potestatif » (Vibert, 2017), selon lequel la scène sociale en train de se jouer (« soigner ») ne devrait s'observer qu'au travers des lunettes de la domination d'un groupe sur un autre. Certes, les UPML sont des lieux de (re)socialisation, tant pour les patients que pour les professionnels (et auxquels prend part le chercheur qui observe), mais il ne s'agit pas uniquement de machines à reproduire des inégalités sociales et des asymétries même si celles-ci sont, de fait, éminemment présentes. C'est donc plutôt en position de sociologue « opticienne » (Théry, 2017, p. 112) que j'ai tenté de saisir les pratiques des professionnels du soin sur la scène sociale particulière qu'offrent l'UPML et l'équipe mobile TSI.

Patients et professionnels ne sont pas les seuls « camps » opposés. Si des tensions peuvent survenir entre ces deux groupes, ils ne forment pas des ensembles homogènes, des désaccords et rapports de force existent aussi au sein du groupe de professionnels et parmi les patients. Il est arrivé qu'un infirmier exprime un « coup de gueule » à l'égard d'une consigne émise par un des psychiatres. Si j'étais témoin de la scène, il va de soi que je me gardais bien de rapporter cela à l'autorité. La relation avec les acteurs de terrain fonctionne seulement si un rapport de confiance est garanti. Et c'est cette confiance qui se construit au fil des mois passés sur place.

Si le terrain confère une certaine proximité entre le chercheur et les acteurs, tout en maintenant une bonne distance, une prise de recul est requise après le terrain car il est nécessaire de se distancer pour mieux analyser. Cela ne signifie pas pour autant que les contacts sont rompus ;

la majorité des professionnels se sont d'ailleurs montrés très enthousiastes quant aux « résultats » de la thèse, qui ont déjà partiellement fait l'objet de diffusions sous différentes formes[16].

IV. Structure et écriture de la thèse

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'annonce le plan de la thèse (1.) et je formule quelques considérations en matière d'écriture des données ethnographiques (2.).

1. Une thèse, trois parties, six chapitres : contexte, évaluation, intervention

La thèse est divisée en trois parties, qui contiennent chacune deux chapitres. Ce découpage vise à équilibrer le manuscrit autant qu'à lui donner un certain rythme (voir le schéma ci-après).

La première partie prévoit une mise en contexte de l'objet à l'étude (l'internement, chapitre 1) et présente en détail les terrains d'enquête (les unités psychiatriques médico-légales et les équipes mobiles TSI, chapitre 2). Elle est un peu différente des deux autres parties en ceci qu'elle emprunte une autre démarche, qui fait moins directement intervenir les données ethnographiques. Si elle se veut essentiellement introductive, elle occupe néanmoins une place indispensable dans l'assemblage proposé : les deux premiers chapitres plantent le décor qui sert de point d'ancrage aux quatre chapitres d'analyse qui suivent. Pour le chapitre 1, il s'agit de décrire l'objet et la façon dont il s'est construit et modifié au fil des années (de la fin du XIX^{e} siècle à nos jours), basé sur la littérature en droit et en criminologie qui traite de l'internement. Ce chapitre dresse également un état des lieux plus complet de la littérature scientifique dans le domaine. Le chapitre 2 met en relief les terrains d'enquête qui y sont présentés en détail, à partir de mes premières constatations et chaussant, cette fois, la paire de lunettes des acteurs de terrain eux-mêmes. Pour le dire autrement, à partir du discours qu'ils portent sur leurs pratiques, je rends compte de la façon dont celles et ceux qui travaillent dans ces lieux et qui font partie de ces équipes les décrivent et les organisent. *A contrario* de ce qu'une démarche pragmatique suggère, je ne mobilise pas la fonction explicative de l'histoire qui ferait intervenir cette partie en fin de manuscrit (Lemieux, 2018) car je défends, suivant la démarche anthropologique de

[16] Par exemple, lors de ma participation aux groupes de travail « Handicap et Santé mentale » (2021) et « Justice et Santé mentale » (2022) de la Plate-Forme Picarde de Concertation pour la santé mentale (Belgique) ; ou au moyen d'une publication qui vise autant un public académique que les professionnels du champ : De Spiegeleir S. (2023), « On est dans une position de contrôleurs malgré nous » : enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone », *Revue du CREMIS*, *14*(1), 32-38.

Paul Brodwin (2013), qu'avant de pouvoir comprendre ce qui se passe dans les murs des UPML et à l'équipe mobile TSI, il est important de cerner l'origine de ces dispositifs et les raisons de leur création. La prise en charge résidentielle et ambulatoire des personnes internées possède une histoire qu'il faut contextualiser afin de saisir, ensuite, les actions sociales qui s'y performent. L'ambition des deux premiers chapitres est de fixer le cadre institutionnel de façon à rendre suffisamment saillants les éléments ethnographiques analysés dans les deux parties suivantes, faisant apparaitre des contrastes entre les discours que les professionnels tiennent sur ce qu'ils font et *la façon dont ils font ce qu'ils disent qu'ils font*, en reliant ceci au contexte social dans lequel prennent place toutes ces actions.

Les deux parties suivantes sont toutes deux basées sur des données empiriques récoltées grâce aux observations ethnographiques, principalement sous la forme de récits narrés du terrain et de comptes rendus d'échanges spontanés entre les acteurs. La deuxième partie se penche sur la question de l'évaluation et éclaire les significations concrètes de l'autonomie dans un contexte de sûreté, à la lumière de trois acceptations mises en évidence à partir des usages pratiques de la notion qu'en ont les professionnels. Les chapitres couvrent deux temporalités essentielles du travail des UPML (et dans une moindre mesure de l'équipe mobile TSI) : les séjours hospitaliers étant limités dans le temps, les professionnels sont chargés de devoir « traiter les candidatures » en vue de l'admission des nouveaux patients à l'unité (chapitre 3) ainsi que de déterminer la pertinence des projets de réinsertion (chapitre 4). Pour ce faire, différents types d'évaluation sont mobilisés, faisant apparaitre une controverse intellectuelle dans le champ : clinique *versus* psychométrique. À noter que la perspective adoptée dans la thèse fait le choix de s'intéresser aux effets pratiques des modes (et outils) d'évaluation sur l'activité des professionnels, ne s'insérant dès lors pas dans une sociologie des instruments *per se*. Et ces moments cruciaux d'évaluation, qui encadrent et rythment l'intervention des professionnels, sont pris dans un contexte social prégnant, qui engendre toute une série d'épreuves, mettant parfois à mal le travail des équipes (par exemple, l'attente d'avancement des personnes internées dans leur trajet de soins), forcées de repenser leurs façons de faire.

Enfin, la troisième et dernière partie s'attèle à rendre compte de l'intervention, c'est-à-dire ce qui se joue entre l'admission et la sortie des patients internés des UPML, donnant quelques éléments de contraste liés à la pratique de l'équipe mobile TSI. L'autonomie est un critère à l'aune duquel est évaluée la pertinence d'une avancée dans le trajet de soins et, dès lors, aussi un objectif de l'intervention. Comment les professionnels tentent-ils de rendre le patient interné

suffisamment autonome dans la perspective d'une réinsertion sociale ? La contrainte, analysée d'un point de vue pragmatique, est un mode d'action privilégié sur ces terrains, et se décline selon différents degrés (sanction, menace, promesse, habileté, persuasion), permettant l'opérationnalisation de l'autonomie. Toutefois, l'analyse de ces pratiques met en exergue qu'elles sont elles-mêmes prises dans un réseau de contraintes quasi déterminant, comme si les professionnels étaient, en somme, obligés à (parfois) exercer certaines formes de contrainte. L'idée n'est pas de défendre ni de critiquer les pratiques à l'œuvre mais plutôt de les comprendre et de les expliquer (chapitre 5). Pour terminer, je rends compte des effets d'usure que peuvent générer de telles interventions sur les professionnels, soumis à une temporalité limitée et un contexte social pressant. Ces derniers s'engagent dans des opérations de remises en question quant à leurs propres façons d'agir, ce qui les poussent à évaluer la portée de leur travail. En effet, l'évaluation des patients se reflète sur les pratiques des professionnels et enclenche une évaluation de l'intervention qu'ils font auprès des patients. Dit autrement, ce dernier chapitre ferme la boucle entamée au chapitre 3 : de l'évaluation des patients auprès de qui on intervient à l'évaluation des manières d'intervenir auprès de ces patients, les deux niveaux d'évaluation étant indissociables l'un de l'autre (chapitre 6).

Pendant ces cinq années de recherche, des premières lectures sur l'internement aux dernières mises en mot de l'analyse, j'ai compris que les pratiques des acteurs – ici, les professionnels – renvoient à beaucoup plus de complexité et de nuances qu'il n'y parait, et qu'elles ne peuvent jamais être véritablement appréhendées sans la prise en compte du contexte qui les porte. Considérer le contexte social des actions individuelles ne vise cependant pas à les justifier, mais simplement à les expliquer et à (mieux) les comprendre. La thèse n'a pas pour objectif d'évaluer si le travail des professionnels à l'étude est bien mené et si, en définitive, les professionnels font « du bon boulot ». Elle tente, humblement, d'apporter un éclairage empirique quant aux réalités sociales et actuelles de la prise en charge en psychiatrie légale, voire para-pénale.

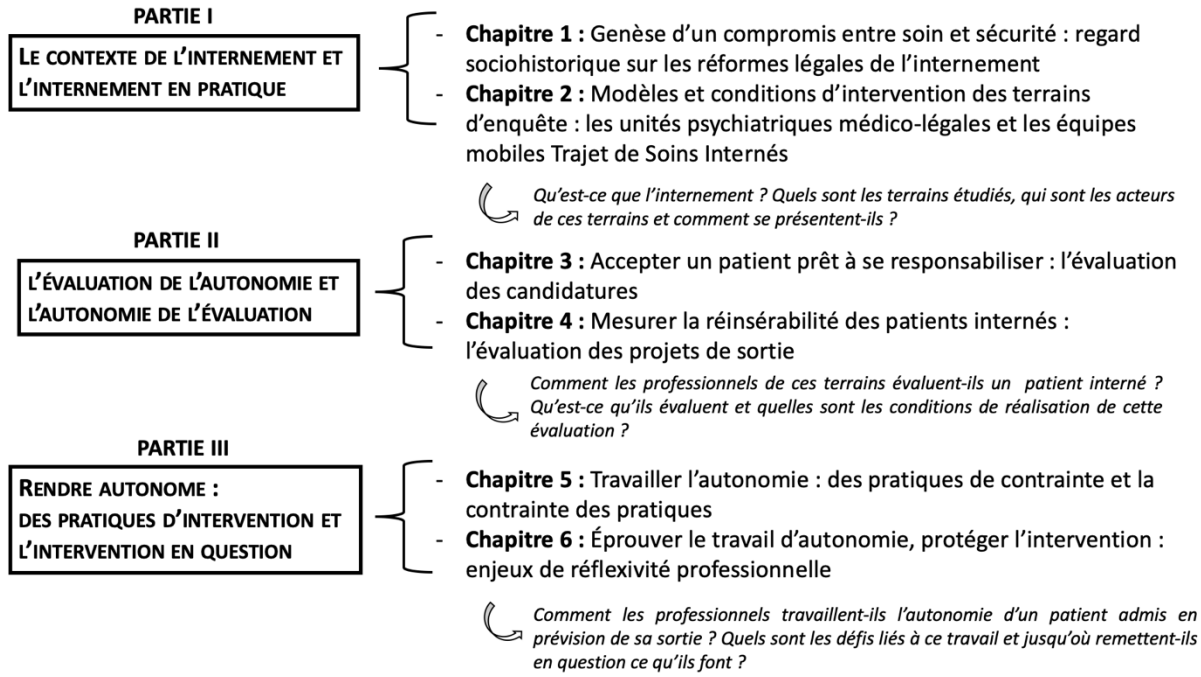

Fig. 1. Structure de la thèse et questions de recherche par chapitre

2. (D)écrire le terrain : quelques considérations

> « Les ethnographies qui se réduisent à une grande description complexe et impénétrable ne fonctionnent pas. L'auteur a une responsabilité envers la complexité, il doit quelque chose à la situation qu'il décrit, mais il a simultanément une responsabilité envers la personne qui va le lire. […] L'auteur doit créer des espaces de respiration, où le lecteur puisse prendre un peu de distance et comprendre ce qui se passe […]. »
>
> *(Rhodes, Lancelevée, Velpry, 2019 [en ligne])*

Dans l'entretien réalisé par les sociologues Camille Lancelevée et Livia Velpry, avec l'anthropologue américaine Lorna Rhodes (2019), cette dernière souligne la nécessité pour l'auteur (le chercheur) de rendre compréhensible le monde social dans lequel il s'est immergé et qui s'avère souvent complexe par ses pratiques, ses codes et son langage. J'ai tenté de relever ce défi en adoptant une écriture qui comprend plusieurs niveaux de discours, faisant justice à la parole des professionnels, tout en prenant bien soin de distinguer ces différents discours afin de faire apparaitre, de façon efficace, les points d'analyse. Des extraits convoquent directement des données « brutes » de terrain, issues des cahiers de note, qui forment ensemble le journal de terrain (« JT » dans le texte). Celles-ci ont été retravaillées minimalement, à des fins de lisibilité, et donnent à voir les dialogues spontanés des professionnels, en réunion ou en salle, que je m'attache, en tant que narratrice, à raconter. Ces extraits sont généralement mis en

évidence dans le texte. À d'autres moments, je prends le temps de mettre en mots et d'assembler des situations que j'ai observées, veillant à soigner l'esthétique, et les intégrant, cette fois, directement au texte principal. L'utilisation du pronom « je » donne des indications au lecteur quant à la place que j'occupe sur le terrain au moment précis où se déroulent les situations que je décris. Le reste du manuscrit est composé de l'écriture sociologique qui consiste à décrire et à expliquer ce qui se passe sur les terrains. J'alterne donc entre une retranscription des interactions des acteurs entre eux et/ou avec les patients, tel un instantané, des descriptions détaillées de scènes sociales que je résume et présente sous une forme travaillée et, enfin, des paragraphes d'analyse.

Dans la thèse, par souci de clarté, je parle des « professionnels » et des « patients » au masculin, en tentant, quand c'est possible, d'alléger le texte avec une forme d'écriture épicène (« personne internée », « équipe professionnelle »). Dans le texte, l'écriture inclusive n'est donc utilisée qu'à des fins d'anonymat quand la pratique discutée ne concerne qu'un petit nombre d'acteurs facilement identifiables (par exemple dans le chapitre 4, quand je discute des usages des outils d'évaluation standardisés). Je renseigne ici quelques brèves informations liées au genre des professionnels, selon les disciplines : au moment de l'enquête, les psychiatres sont en très large majorité des hommes, les assistantes sociales et les psychologues-criminologues sont majoritairement des femmes, tandis que l'équipe soignante est relativement mixte (répartition quasi égale d'infirmiers et d'infirmières, aides-soignants et aides-soignantes). Les patients internés sont, quant à eux, en très large majorité des hommes (voir le chapitre 3).

PREMIERE PARTIE

L'INTERNEMENT EN CONTEXTE ET LE CONTEXTE DES PRATIQUES

Chapitre 1. Genèse d'un compromis entre soin et sécurité : regard sociohistorique sur les réformes légales de l'internement

Chapitre 2. Modèles et conditions d'intervention des terrains d'enquête : les unités psychiatriques médico-légales et les équipes mobiles Trajet de Soins Internés

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

> « Les murs de l'asile. Ils séparent au dehors les gens normaux, vous et moi ; à l'intérieur, des aliénés. L'asile, l'institut psychiatrique. En Belgique, il y a en permanence 26 000 personnes qui y séjournent. 26 000 personnes, c'est la population d'une ville comme Mons. Celui-ci, c'est l'institut psychiatrique d'État de Tournai, le plus grand de Belgique. Il date du siècle dernier. À l'intérieur, 1200 à 1300 malades, uniquement des hommes ; parmi eux, *dans la section de défense sociale, les 450 internés de Belgique reconnus irresponsables pour des délits ou des crimes qu'ils ont commis* […] » (*je souligne*, 1973).

L'extrait ci-dessus est issu du reportage « Derrière les murs de l'asile », réalisé par Salvator Nay et diffusé pour la première fois en 1973. Redécouvert grâce aux archives audiovisuelles belges francophones de la SONUMA[17], il ouvre une fenêtre sensible sur la psychiatrie institutionnelle de l'époque : des grilles, des dortoirs d'une quarantaine de lits et quelques locaux. Pour la totalité des patients, on recense cinq à six psychiatres qui dénoncent des moyens financiers insuffisants. Le quotidien de « l'asile » est organisé autour d'activités et de travaux ménagers exécutés par les « malades » qui, d'après le journaliste d'investigation Jean-Claude Defossé, y sont « plutôt gardés que soignés ». Si le documentaire porte essentiellement sur la psychiatrie générale, il fait néanmoins brièvement mention des « internés de la défense sociale », enfermés dans une section sécurisée de l'hôpital. Mais qui sont-ils et qu'est-ce que la défense sociale ? Pourquoi ces « internés » font-ils l'objet d'une mesure particulière qui, si elle diffère du régime de prise en charge psychiatrique classique, semble aussi en faire partie ? D'où vient ce régime spécifique ? Et, aujourd'hui, qu'advient-il de ces personnes reconnues pénalement irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental ? Où sont-elles prises en charge et par qui ? Dit autrement, quelles sont les conditions concrètes de ces interventions ?

Adoptant un point de vue plus macrologique et historique, la première partie de la thèse tente de répondre à ces questions. Les pratiques observées dans les dispositifs à l'étude, soit les unités psychiatriques médico-légales (UPML) et les équipes mobiles Trajet de Soins Internés (TSI), s'inscrivent dans un contexte d'histoires sociales qui se croisent et s'imbriquent et qu'il faut d'abord retracer et raconter afin d'analyser, ensuite (à partir de la deuxième partie de la thèse),

[17] Archives des programmes radio-télé belges francophones, disponibles ici : https://www.sonuma.be/homepage

les effets concrets de ces pratiques dans le cours de l'action. Inspirée du travail de l'anthropologue américain Paul Brodwin (2013), ce travail fait l'hypothèse que l'analyse du quotidien des pratiques d'évaluation et d'intervention des professionnels de l'internement est indissociable de l'histoire des institutions dans lesquelles ils exercent leur profession. Cette histoire est importante car elle informe sur l'ancrage institutionnel des « épreuves de professionnalité » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018) auxquels ces professionnels sont confrontés. Quelle est cette histoire ? Les deux chapitres qui composent cette première partie décrivent le contexte sociohistorique et législatif de l'internement (du XIX^{e} au XXI^{e} siècle), autrefois appelé « la défense sociale », et dressent les contours du cadre institutionnel et organisationnel des terrains d'enquête tels qu'ils existent aujourd'hui, c'est-à-dire au moment de la réalisation de l'enquête empirique (2020-2022).

Le premier chapitre vise à donner un éclairage sur l'émergence de la défense sociale en tant que régime légal spécifique qui régit la mesure d'internement et sur l'apparition de la logique hybride qu'elle recouvre : une logique sanitaire combinée à une logique sécuritaire. En tant que mesure de sûreté, l'internement vise à défendre la société contre des individus considérés comme dangereux en raison d'un trouble mental et de la commission d'un crime grave. Pour ces individus déclarés irresponsables de leurs actes, la mesure doit également prodiguer les soins nécessaires afin de favoriser leur réinsertion sociale. Défendre la société contre des individus dangereux et tenter, en même temps, de soigner ces mêmes individus est un complexe arrangement à deux têtes qui n'a pas toujours été au cœur de la prise en charge des « fous dangereux » : comment en est-on arrivé là ? D'où vient le compromis « entre soin et sécurité » sur lequel l'internement fonde aujourd'hui sa rationalité ? Un second chapitre replace les terrains d'enquête dans une même perspective diachronique. Je m'attache à y décrire plus en détail le contexte interventionnel de ces terrains. D'un point de vue synchronique ensuite, j'y décris précisément quels sont les lieux, qui sont les acteurs et ce qu'on y fait. En particulier, il s'agit de rendre compte de la façon dont les professionnels caractérisent et définissent les activités principales de leur travail et de montrer ce que les réformes belges du régime ancien « des aliénés » puis de la défense sociale, en passant par celles des soins de santé mentale en général, ont fait au secteur de l'intervention psycho-médicosociale dans le contexte précis de l'internement.

CHAPITRE 1

GENESE D'UN COMPROMIS ENTRE SOIN ET SECURITE : REGARD SOCIOHISTORIQUE SUR LES RÉFORMES LÉGALES DE L'INTERNEMENT

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

« La place des personnes atteintes d'un trouble mental n'est pas en prison. C'est une évidence. Vraiment ? », peut-on lire dans un article de la presse belge du 26 février 2011[18]. Je suis alors en première année du baccalauréat en sociologie-anthropologie à l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles et encore très loin de me douter que, huit années plus tard, je ferai de cette « problématique » mon sujet de thèse doctorale. L'article poursuit : « selon la loi de défense sociale du 1er juillet 1964, la personne ayant commis un délit ou un crime et qui est déclarée "irresponsable de ses actes" fait l'objet d'une mesure d'internement. Concrètement, elle doit être placée dans un établissement de défense sociale (EDS) ou, pour des raisons thérapeutiques, dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner. Sur le terrain, la réalité est tout autre […] ». Et la journaliste finit par annoncer que « l'actuelle loi de défense sociale (qui date de 1964), doit être remplacée par la loi du 21 avril 2007 "relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental" » et dont l'entrée en vigueur est prévue pour l'année 2012. D'un côté, la sécurité ; de l'autre, le soin. Je comprends qu'on attend de la mesure d'internement qu'elle allie ces deux dimensions *de jure* et *de facto,* mais la tâche ne me parait pas si simple. Je me demande d'où peut bien venir cette volonté de faire tenir ensemble deux objectifs qui paraissent, si pas totalement contraires, du moins difficilement conciliables.

Dans son dernier ouvrage, qui retrace la généalogie du mouvement « MeToo », la sociologue Irène Théry se demande pourquoi il est important « de situer le présent dans le temps long de l'histoire » (2022, p. 80). La réponse est simple : comprendre l'histoire et les origines d'un fait social permet de mieux saisir « de façon globale » les transformations, voire les « révolutions », qu'il traverse aujourd'hui (2022, p. 380). C'est l'exercice que propose ce premier chapitre, à travers une réflexion diachronique « pour corriger le risque présentiste d'une approche ethnographique » (Lancelevée, 2016, p. 29). Le postulat de départ est le suivant : la prise en charge des personnes internées au sein des unités psychiatriques médico-légales ou par des équipes mobiles TSI ne va pas de soi. Elle est le produit de l'histoire du traitement des « aliénés » qui a débouché sur un système spécifique et hybride, et qui tente de faire correspondre une logique de soin à une logique de sécurité (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens,

[18] Pour lire l'article au complet, voy. https://www.lalibre.be/belgique/2011/02/26/linternement-ou-la-politique-des-oubliettes-EZACMDZMEJBLJBEEPNZGZ2VE6M/

2010). Elle est aussi issue de l'histoire de l'offre de soins en santé mentale, marquée notamment par un mouvement de « déshospitalisation » (Klein *et al.*, 2018). Ce chapitre rend compte de l'émergence de ce compromis entre le domaine pénal et celui de la santé mentale et retrace ainsi la genèse de l'internement jusqu'à ses dernières évolutions sociolégislatives, de la fin du XIX^{e} siècle à nos jours.

Si je prends pour point de départ les débats sociolégislatifs qui ont cours au XIX^{e} siècle, ce n'est pas seulement parce que ce siècle marque la naissance de la Belgique en tant qu'État indépendant (1830). Le choix de faire commencer l'analyse sociohistorique à cette période ne signifie pas non plus qu'a eu lieu un bouleversement ou une « rupture historique » marquante en la matière (Henckes, Majerus, 2022, p. 9). En effet, l'enfermement des « fous » précède largement la période choisie pour démarrer cette mise en contexte : dans une de ses œuvres majeures, Michel Foucault décrit ainsi l'internement comme « une création institutionnelle propre au XVII^{e} siècle » (1972, p. 187). Toutefois, le XIX^{e} siècle marque un tournant intéressant car « l'institution [asilaire] [y] est promue comme un moyen de traitement dont on espère qu'il conduira ses sujets à la guérison et à la réintégration sociale » (Henckes, Majerus, 2022, p. 13). En Belgique, c'est également vers la seconde moitié du XIX^{e} siècle qu'émergent les premiers débats propices à la création d'un nouveau régime spécifique de prise en charge pour les « aliénés criminels ». Petit à petit s'esquissent les contours de la philosophie de « défense sociale » qui apparait, quant à elle, au début du XX^{e} siècle, et dont la mesure d'internement telle qu'on la conçoit aujourd'hui est l'héritière directe (Cartuyvels, 2017).

Ce chapitre n'est pas le fruit d'un travail de recherche historique *per se* qui nécessiterait de s'appuyer sur un large corpus d'archives, préalablement récoltées et minutieusement analysées. La tâche excède le cadre de cette thèse. Néanmoins, quand c'était possible, j'ai consulté un certain nombre de documents originaux : des textes législatifs et leurs travaux préparatoires (loi de 1850, loi de 1930, loi de 1964, loi de 1990, loi de 2007, loi de 2014 et la réforme 107 de 2010) ainsi que le discours du procureur général Henri Willemaers, datant de 1899. Par une sorte d'ethnographie de l'archive, j'ai appréhendé ces sources comme un discours émis à un temps donné de l'histoire. Pour appuyer l'examen de ces sources primaires, j'ai puisé dans les travaux de juristes, criminologues, sociologues et historiens qui se sont eux-mêmes penchés sur les questions de l'émergence de la défense sociale et de l'internement en Belgique (van de Kerchove, 1983, 1985, 1986, 2010, 2012 ; Tulkens, 1985 ; Cartuyvels, 2007, 2017, 2018, 2022 ; *etc*.) et qui ont interrogé les réformes de la psychiatrie en Belgique et ailleurs (Henckes,

Majerus, 2022 ; Marquis, Susswein, 2020 ; *etc*.). Les pages qui suivent sont d'ailleurs inspirées d'un article publié dans la *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* qui expose le double régime de privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022). Enfin, l'analyse est parfois ponctuée d'extraits d'entretiens que j'ai menés auprès des professionnels de l'internement afin d'enrichir les apports de la littérature scientifique.

Le chapitre est divisé en quatre sous-points qui correspondent chacun à des moments importants de réforme. Je prends comme point central de l'exploration sociohistorique la défense sociale car, si les termes sont moins utilisés aujourd'hui, ses idées perdurent. Je commence ce chapitre par un retour au contexte sociojuridique du XIX^{e} siècle, époque à laquelle le sort des « aliénés », qu'ils soient délinquants ou non, est marqué par une prise en charge familiale et médico-administrative (I.). Puis, je m'attache à décrire comment ce régime s'est progressivement resserré sur la question de la dangerosité et des « aliénés criminels » et comment il a permis, en Belgique, dès 1930, la consécration dans un texte de loi du « projet » de la défense sociale qui fera, par la suite, l'objet de contestations (II.). Ces deux premiers sous-points permettent d'arriver, ensuite, à la situation actuelle prenant comme point d'appui le régime légal qui régit l'internement aujourd'hui et de voir dans quelle mesure il s'inspire des dispositifs légaux précédents. Je m'attarde, en particulier, sur le « trajet de soins » et les enjeux théoriques que pose la libération à l'essai, stade intermédiaire et probatoire de la mesure d'internement et objet central de la thèse (III.). Enfin, je dédie un quatrième et dernier sous-point à « l'autre histoire », celle qui concerne le régime général des « aliénés » d'autrefois et des usagers de la psychiatrie actuelle, car l'internement, tel qu'il s'opérationnalise aujourd'hui, à travers les lieux de prise en charge et leurs acteurs, ne peut être dissocié de l'histoire générale des soins de santé mentale. On observe, en effet, à l'aube du XXI^{e} siècle, des frontières de plus en plus poreuses entre les deux régimes qu'on avait pourtant scindés un siècle plus tôt (IV.).

I. De 1804 à 1930 : aux origines de la défense sociale

Précédant de quelques années la création de la Belgique (1830), alors sous domination française, le Code civil napoléonien de 1804 indique que « le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides » (art. 489) et que « […] selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune, le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile, ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même dans un hospice » (art. 510). À l'époque, la prise en charge légale des « aliénés » est déterminée par la double volonté de protéger « l'intérêt familial » et « la tranquillité publique » (van de Kerchove, 1985, p. 18). Outre des mesures d'interdiction ou de « séquestration » (Alexander, Gutwirth, 1997, p. 45), une mesure de placement dans une maison de santé ou dans un hospice, et décidée par un conseil de famille, peut avoir lieu. La folie est considérée comme « un élément de trouble familial, une forme de déviance domestique ou privée » (van de Kerchove, 1985, p. 18). C'est à la famille, parfois supplée par l'autorité administrative (par exemple, le bourgmestre), qu'est conféré le droit de décider de mettre à l'écart une personne au nom de cet unique motif (van de Kerchove, 2012, p. 7). Aucune distinction n'est faite entre « aliénés criminels » et « aliénés ordinaires » (van de Kerchove, 2012, p. 6) : une forme de prise en charge familiale et médico-administrative domine.

1. Un régime indifférencié pour « tous les aliénés »

Ce système sera réformé par la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés. Celle-ci vise « à mieux défendre la sécurité publique, protéger les libertés individuelles et améliorer les soins proposés aux aliénés » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 78). Marquée par un contexte où « la guérison psychique doit s'obtenir par la séparation physique des malades de leur milieu et leur réclusion dans un espace fermé » (Henckes, Majerus, 2022, p. 11), la mesure de placement est centrale dans ce nouveau régime. Selon la loi de 1850, la personne « aliénée » peut soit être séquestrée dans son domicile (art. 25), soit faire l'objet d'une collocation (art. 7). Dans le premier cas, l'aliénation mentale doit être préalablement certifiée par deux médecins, l'un choisi par la personne concernée ou sa famille, l'autre par un juge de paix qui rendra visite à la personne *a minima* tous les trois mois. Dans le second cas, une mesure de collocation (du latin *collocare* qui signifie « placer ensemble ») peut également être décidée par les autorités communales au nom de la sécurité publique. Bien que la mesure de collocation puisse également être décidée par le conseil de famille sur la base d'une interdiction judiciaire

préalable (art. 7, 1°), le pouvoir familial est petit à petit relégué au second plan au profit des acteurs en charge de la sécurité publique (van de Kerchove, 1985, p. 18). Dans ce régime général de privation de liberté, le rôle du médecin est prépondérant (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 78) : « la loi de 1850 donnait une place essentielle au bourgmestre. Place que ce dernier n'occupait guère. Le bourgmestre suivait, dans la plupart des cas, l'avis du médecin […]. Seule, finalement, la décision du médecin avait force de loi » (De Clercq, Hoyois, *in Benoit et al.*, 1994, p. 54).

Les « aliénés criminels », quant à eux, restent toujours soumis à la même procédure que celle prévue pour les « aliénés ordinaires », à une double exception près : d'une part, il revient au ministère public (et non plus à l'autorité communale) de requérir la collocation « des prévenus, accusés, condamnés ou des individus renvoyés des poursuites, qui seraient reconnus en état d'aliénation mentale » (art. 7, 4° et art. 12) et, d'autre part, le placement des « aliénés criminels » est prévu dans un « établissement avec lequel le gouvernement aura traité »[19] (art. 26 ; van de Kerchove, 1986, p. 282). Selon l'analyse qu'en fait Michel van de Kerchove, la double exception disparait quelques années plus tard lors d'une réforme de 1873, faisant place, à nouveau, à un système indifférencié pour les deux « catégories » de personnes « aliénées » (van de Kerchove, 1986, p. 283). À ce propos, le régime des aliénés tel que consacré dans la loi de 1850 sera jugé insuffisant pour protéger la société d'individus « défectueux » et considérés comme dangereux (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 83).

Du côté du Code pénal belge de 1867, empreint d'une « conception traditionnelle de la répression » (Renneville, 2003, p. 356), la démence « complète » apparait comme une cause de non-imputabilité et entraine l'irresponsabilité pénale et l'acquittement du prévenu (Cartuyvels, 2018, p. 396). En effet, en son article 71, le Code pénal indique qu'« il n'y a pas d'infraction, lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »[20]. Dans ce cas, le ministère public peut ordonner la collocation du prévenu, conformément à ce que la loi de 1850 prévoit. Dans le cas

[19] Dans son article sur les discours juridiques et psychiatriques, Michel van de Kerchove nous renseigne sur le type d'établissement qui « fut successivement 1'hospice Saint Dominique de Bruges, les hospices de Froidmont (pour les hommes) et de Mons (pour les femmes) à partir de 1875 et 1'asile de Tournai (pour les hommes) à partir de 1884 » (1986, p. 282).

[20] L'article sera modifié par la loi du 4 mai 2016, dite pot-pourri III et précise à présent qu'« il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli […] sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes […] ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». De cet article, seule la première partie concerne l'objet de la thèse. La « contrainte irrésistible » renvoie à une autre cause de non imputabilité pénale.

d'une démence « partielle », généralement attribuée à la situation des « insuffisants mentaux et des déséquilibrés », la personne concernée fait bien l'objet d'une condamnation pénale mais bénéficie de circonstances atténuantes et encourt une peine plus légère (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 83). Au début du XX^{e} siècle, cette disposition du Code pénal sera elle aussi critiquée car elle ne défend pas assez la société contre les « aliénés dangereux ». D'après les législateurs, mettant exclusivement la focale sur la responsabilité du prévenu, le Code pénal « expose [la société] aux méfaits de ceux qui, sans être aliénés, ne sont que partiellement responsables de leurs actes [et] défend mal la société contre les récidivistes » (Doc. Parl. Chambre, 1923, no. 151, p. 1). Ni la loi civile de 1850, ni le Code pénal de 1867 ne semblent apporter des solutions satisfaisantes afin de neutraliser les « fous dangereux ». La demande d'une troisième voie se fait sentir.

2. Un régime spécifique pour les « aliénés dangereux »

Dès la fin du XIX^{e} siècle règne en Belgique et ailleurs en Europe une peur des « anormaux » (Foucault, 1975 ; Cartuyvels, 2018, p. 397) et des récidivistes, considérés comme dangereux pour l'ordre social. Sous l'influence du positivisme criminologique, influencé notamment par l'École italienne de criminologie et les travaux de Lombroso (1871), Ferri (1881) ou encore Garofalo (1885)[21] qui visent à expliquer le crime et le criminel par un savoir scientifique censé produire une vérité légitime, il devient urgent de trouver une solution afin de canaliser et de contrôler la dangerosité de certains individus (Cartuyvels, 2017, p. 94).

Selon les juristes et en particulier les pénalistes de l'époque, le système de 1850 présente au moins deux lacunes : d'un côté sont remises en question les maisons de santé, censées accueillir aussi bien la folie ordinaire que la folie criminelle ; de l'autre, c'est le sort des détenus de droit commun ayant une « mauvaise santé » et contraints de rester en régime cellulaire qui préoccupe (van de Kerchove, 1986, p. 284). Dans une tentative de pallier ces lacunes, Jean-Joseph Thonissen, professeur de droit à l'Université de Louvain, propose dès 1873 la mise sur pied d'une « prison hospice » (van de Kerchove, 1986, p. 283). L'idée servira de source d'inspiration à un premier projet de loi déposé en 1890 par le Ministre de la Justice, Jules Le Jeune, se basant lui-même sur ses échanges avec le pénaliste belge, Adolphe Prins, considéré par beaucoup comme le père de la défense sociale belge (voir point 2 ; Tulkens, 1985, p. 40). Jules Le Jeune

[21] Pour plus d'infos sur l'École positive italienne, voy. Cartuyvels, Y. (2007). La criminologie et ses objets paradoxaux : retour sur un débat plus actuel que jamais ?. *Déviance et Société*, 31, 445-464. https://doi.org/10.3917/ds.314.0445 et Bernardi, A. (2010). Renaissance et mutations de la défense sociale en Italie. *Déviance et Société*, 34, 547-569. https://doi.org/10.3917/ds.344.0547

envisage en effet « la création, aux frais de l'État, d'asiles spéciaux, distincts et séparés des asiles ordinaires et constituant un lieu de nature intermédiaire entre la prison et 1'asile » (van de Kerchove, 1986, p. 284), à la différence, donc, mais dans le même fil, que J.-J. Thonissen, plutôt en faveur d'« asile-prison ». Ces « asiles spéciaux » auront pour particularité de ne pas simplement se destiner à l'accueil des « aliénés criminels » déclarés irresponsables de leurs actes mais d'englober toute une série de catégories de personnes qui présentent un certain niveau de dangerosité pour la société, par exemple, les « alcoolisés » ou encore les « condamnés malades » (van de Kerchove, 1986, p. 284-285).

Sans entrer dans les détails de l'analyse historico-juridique que fait Michel van de Kerchove du projet de loi de 1890, trois points méritent cependant d'être soulignés. Premièrement, Jules Le Jeune propose de « confier [la compétence de requérir la collocation de l'aliéné] aux juridictions répressives d'instruction et de jugement », traduisant ainsi une première tentative de judiciariser la prise en charge des « aliénés dangereux », jusque-là dominée par un traitement médico-administratif. Deuxièmement, le Ministre de la justice insiste sur l'importance du « repérage des aliénés dangereux » afin de procéder, le cas échéant, aux mesures nécessaires (par exemple, recourir à l'isolement) (van de Kerchove, 1986, p. 285). Enfin, troisièmement, la sortie d'une personne aliénée de l'asile spécial doit toujours s'envisager au regard de la sécurité publique (van de Kerchove, 1986, p. 286). Les préoccupations de la fin du XIX^{e} siècle sont donc assez claires : il devient nécessaire de faire intervenir le droit et la justice pour organiser le sort des aliénés criminels car ceux-ci sont une menace pour l'ordre public en raison de leur dangerosité potentielle.

Toutefois, ceci n'empêche pas que s'ouvre la voie d'une plus grande considération pour les personnes concernées, leur santé et leurs droits dès la seconde moitié du XIX^{e}. Le 2 octobre 1899, lors de 1'audience solennelle de rentrée de la Cour d'appel de Bruxelles, le procureur général Henri Willemaers concentre son discours sur le régime des aliénés et les « mesures édictées […] pour mettre la société en défense contre leurs agissements dangereux » (1899, p. 5). Le procureur général y fait part des constats qu'il a faits lors de ses nombreuses visites au sein des établissements d'aliénés : « la loi sur les aliénés n'est pas seulement une loi de police et de sécurité, mais aussi *une loi de bienfaisance et d'humanité*. Il importe qu'elle garantisse d'une façon absolue le premier de nos droits, celui dont nous sommes à la fois si fiers et si jaloux : *la liberté individuelle doit être à l'abri de l'arbitraire*, de la fraude et de l'inexpérience » (*je souligne* ; Willemaers, 1899, p. 19-20).

Le projet de loi qui vise à mettre sur pied des « asiles spéciaux » sera redéposé par son auteur en 1897. Il faudra attendre le dépôt d'autres projets de loi similaires pour voir apparaitre, *in fine,* l'aboutissement de la réforme pensée par Le Jeune : la loi de défense sociale du 9 avril 1930 (van de Kerchove, 2010, p. 487).

II. De 1930 à 2007 : l'essor de la défense sociale

Le « projet initial » de la défense sociale apparait véritablement dans l'ouvrage d'Adolphe Prins paru en 1910, *La défense sociale et les transformations du droit pénal* (Tulkens, 1985, p. 5). Cette nouvelle « doctrine pénale » qui, pour certains, symbolise « une vision de la société, un projet global » (Tulkens, 1985, p. 17), attache un intérêt pour les « dispositions personnelles de l'auteur des atteintes à l'ordre public » (Tulkens, 1985, p. 11) et déplace le regard : ce n'est plus la responsabilité du coupable, chère au droit pénal néoclassique, qui importe, mais plutôt la « nature du danger auquel l'individualité du coupable expose la société » (Tulkens, 1985, p. 11 ; Cartuyvels, 2018, p. 397). Ceci fait largement écho aux « déplacements demandés par l'école anthropologique : du crime vers le criminel, de l'acte effectivement commis vers le danger virtuellement inclus dans l'individu, de la punition modulée du coupable à la protection absolue des autres » (Foucault, 1981, p. 417). Dans un tel contexte, que je résume rapidement ici, sera instaurée une mesure de « mise à l'écart » à durée indéterminée où des médecins interviendront pour évaluer la dangerosité de ces « anormaux » (Cartuyvels, *in Nederlandt et al*., 2018, p. 3).

1. La consécration d'un compromis : la loi du 9 avril 1930

Une loi pénale dite « de défense sociale » à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitudes voit le jour le 9 avril 1930 et entre en vigueur le 1er janvier 1931. Pierre angulaire de la question de l'internement en Belgique et largement influencée par Adolphe Prins, décédé une dizaine d'années avant sa mise en application, cette loi met progressivement le soin au centre de toutes les préoccupations. Il ne s'agit plus de traiter les « anormaux »[22] comme des délinquants, mais bien comme des « malades irresponsables » (van de Kerchove, 2010, p. 499).

Comme le suggère son libellé, tombent sous le joug de la loi de défense sociale de 1930 les « anormaux » et les délinquants d'habitude, mais également les personnes atteintes de « folie

[22] Dans le projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et de l'adolescence coupable (*Doc. parl.*, Chambre, 1923, no 151), les « anormaux » sont définis comme ceci : « ce sont les déments, les insuffisants mentaux et les déséquilibrés » (p. 1).

partielle », formant « une catégorie intermédiaire d'individus oscillant entre raison et déraison » (Cartuyvels, 2017, p. 94). Pour ces catégories spécifiques de personnes, la loi prévoit deux mesures particulières dans le cas où un inculpé « est en état de démence, ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions […] » (art. 1 de la loi de 1930). D'abord, répondant aux souhaits du projet de loi émis par Jules Le Jeune (1890), les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent ordonner la mise en observation de l'inculpé au sein des annexes psychiatriques de prison (art. 1). Le placement en observation ne peut pas dépasser six mois (art. 6). Ces lieux spécifiques que sont les annexes psychiatriques de prison émergent à partir de 1920, à l'initiative du docteur Vervaeck. Directeur général du service d'anthropologie pénitentiaire, ce dernier a mené une enquête au sein des neufs prisons belges existantes à l'époque (Cartuyvels, Cliquennois, 2015 [en ligne]). De celle-ci ressort qu'un grand nombre de détenus « anormaux et dangereux » y séjournent. Les annexes psychiatriques, sorte de « laboratoires d'anthropologie criminelle », servent alors de lieu d'observation et de « dépistage » dans le cas où un « soupçon » de maladie mentale pèserait sur l'un des condamnés (Renneville, 2003, p. 356 et p. 373). Cette première mesure permet notamment de réaliser l'expertise psychiatrique de la personne concernée à l'issue de laquelle sa « carrière criminelle » est orientée (Renneville, 2003, p. 356 ; Cartuyvels, Cliquennois, 2015 [en ligne]).

Ensuite, l'internement de l'inculpé peut être ordonné par les mêmes juridictions lorsque la personne ayant commis un fait de nature délictuelle ou criminelle est déclarée irresponsable de son acte parce qu'elle se trouve, au moment du jugement, « dans un des états prévus à l'article 1er » (art. 7). Outre les « inculpés en état de démence, de déséquilibre mental ou de débilité mentale », la loi de 1930 envisage également le sort des « récidivistes et des délinquants d'habitude » dans un chapitre spécifique, le chapitre V. Ces derniers, qui partagent avec les « internés » un potentiel de dangerosité, sont, selon le texte légal, mis à la disposition du gouvernement (art. 24). Si la loi de défense sociale encadre une mesure de sûreté, visant avant tout un objectif sécuritaire, elle revendique également une dimension humanitaire et permet, pour la première fois, de consacrer dans un texte légal, l'ambivalence de départ : défendre, d'une part, la société contre des individus dangereux et, soigner, d'autre part, ces mêmes individus en vue de leur réinsertion sociale (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, p. 615- 616).

Voulant éviter une mesure d'internement de « longue durée », ce qui reviendrait à reproduire les « mesures arbitraires de l'ancien régime » (Doc. Parl. Chambre, 1923, no. 151, p. 4), le législateur a opté pour une mesure à « durée indéterminée relative » de 5, 10 ou 15 ans selon la gravité des faits commis (art.19 ; van de Kerchove, 2010, p. 491 ; Cartuyvels, 2017, p. 94). Quant aux lieux d'exécution de l'internement, ce dernier doit prendre place dans « un des établissements spéciaux déterminés et organisés par le gouvernement » (art. 7), communément appelés « établissements de défense sociale » (EDS), où « ils [les inculpés] recevront les soins médicaux voulus » (Doc. Parl. Chambre, 1923, no. 151, p. 3). En Belgique francophone, à côté des annexes psychiatriques de prison qui deviennent très vite des lieux d'internement, sont mis sur pied trois EDS (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, p. 615) respectivement localisés à Tournai, à Paifve en région liégeoise et à Mons pour les femmes. Notons qu'aujourd'hui seul l'EDS de Paifve, inauguré en 1972 sous l'égide du Ministère de la Justice, porte encore le nom d'établissement de défense sociale. Les deux autres (Mons et Tournai) sont à présent organisés par les entités fédérées sous l'appellation « d'hôpitaux psychiatriques sécurisés » (HPS ; Nederlandt *et al.*, 2018, p. 102). Du côté néerlandophone, il n'existe aucun EDS à proprement parler, mais certaines prisons sont équipées d'une « section de défense sociale » (« *afdeling tot bescherming van de maatschappij* »), comme c'est le cas, par exemple, de la prison de Merksplas (Nederlandt *et al.*, 2018, p. 102)[23]. Malgré un changement de terminologie, « l'asile », omniprésent dans les débats de la fin du XIX^{e} siècle ayant cédé sa place à « l'établissement », la mise à l'écart sous la forme d'un enfermement au sein de structures particulières fait office de pilier central pour le nouveau régime spécifique des « aliénés criminels ».

Toutefois, la loi prévoit également une possibilité de libération, à l'essai ou définitive, lorsque la personne internée ne « constitue plus un danger social » et pour autant que son état mental soit « suffisamment amendé » (art. 20). Suivant une approche biomédicale de la maladie mentale, la libération par étapes, à l'essai puis définitive, envisagée par le texte légal, s'inscrit dans une logique de contrôle du risque (Cartuyvels, 2017, p. 95). Une fois « mise en liberté à titre d'essai », la personne internée est soumise à une « surveillance psychiatrique » pour une durée d'un an minimum. Si la personne ne respecte pas cette condition, elle est immédiatement

[23] Arrêté royal du 15 mars 1952 créant, à l'établissement pénitentiaire de Merksplas, une section spéciale destinée aux anormaux internés en vertu de la loi de défense sociale du 9 avril 1930, *M.B.*, 27 avril 1952. À ce propos, le documentaire « 9999 » réalisé par Ellen Vermeulen en 2014 donne un aperçu du quotidien de la section de défense sociale de la prison de Merkplas : http://www.9999themovie.com/

réintégrée à l'annexe psychiatrique d'une prison (art. 21). En l'état, la loi de 1930 semble répondre aux demandes du siècle passé : bien que l'internement ne soit pas considéré comme une peine *per se*, le droit pénal s'empare officiellement de la question du « traitement de la dangerosité » et de la « défense de la société ».

Enfin, pour organiser et contrôler l'exécution de la mesure, une *commission de défense sociale* est créée. Organe médicojudiciaire composé d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin psychiatre issu « de l'annexe désignée par le Ministère de la Justice » (art. 13), le rôle de la commission est d'éclairer les juges. Elle a notamment pour mission de désigner le lieu de placement où la personne sera internée, de statuer sur sa libération à l'essai et, plus tard, sur sa libération définitive (art. 14, art. 21). Si la commission mise sur un travail collaboratif entre juges et psychiatres, basé sur un mode de fonctionnement « consensuel », on observe une « montée en puissance du pouvoir psychiatrique face au pouvoir judiciaire », le savoir expertal difficilement contestable du premier prenant souvent le dessus sur la capacité décisionnelle du second (Cartuyvels, 2017, p. 95-96).

Peu de temps après sa mise en application, la loi de 1930 fait l'objet de contestations et un appel à la réforme est rapidement lancé. En 1935, une commission appelée la « Commission Cornil-Braffort » se met au travail afin d'évaluer les points à réviser (van de Kerchove, 2010, p. 487). Un rapport rendu en 1939 permettra, près de trois décennies plus tard, de réformer partiellement le régime de la défense sociale.

2. Réformer la défense sociale : la loi du 1er juillet 1964

La loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude réforme, de manière peu substantielle, le régime introduit en 1930. Cette deuxième loi de défense sociale, qui « tente d'améliorer le caractère curatif des interventions de défense sociale comme elle essaie d'assurer la protection de la société contre la récidive des anormaux » (Dumont, Baguette, 1977, p. 709), préserve le caractère hybride de la mesure d'internement, entre soin et sécurité. Si la loi de 1964 ne modifie pas en profondeur la loi de 1930, elle vaut néanmoins la peine qu'on s'y arrête pour passer en revue quelques-uns des changements principaux qu'elle a produits, avant d'appréhender les réformes du XXIe siècle (voir *infra,* point 3).

Plus de trente années se sont écoulées depuis l'entrée en vigueur de la première loi de défense sociale. À l'origine, la durée de l'internement, durée indéterminée relative, était fixée selon la gravité des faits commis. La réforme de 1964 durcit le ton et prévoit désormais une mesure d'internement pour une durée indéterminée absolue ou sans limites dans le temps (Vandemeulebroeke, 2008, *cité dans Colette-Basecqz,* 2018, p. 13). La loi de 1964 autorise également le placement de la personne internée dans un établissement privé « approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner » (art. 14). Dans la même optique, elle permet aussi d'interner « l'anormal » dans « des établissements privés spécialement équipés pour le traitement adéquat » ainsi que dans « des établissements psychiatriques libres préalablement agréés par le gouvernement », autres que les annexes psychiatriques et les EDS, jugés peu outillés pour traiter toute sorte « d'anomalies » (Doc. Parl. Chambre, 1960, no. 514, p. 929-930). Dans ce contexte, on voit apparaitre les premiers « lits hospitaliers » pour « les internés de la défense sociale » au sein de certains établissements psychiatriques, annonçant les débuts de la création des unités psychiatriques médico-légales (voir le chapitre 2).

Un autre changement majeur induit par la réforme concerne, cette fois, la libération à l'essai : celle-ci s'accompagne désormais d'une « tutelle médico-sociale » (art. 20). À l'instar de la législation de 1930, la loi de 1964 précise également que, si l' « état mental » de la personne internée libérée à l'essai « révèle un danger social », elle sera réintégrée à l'annexe psychiatrique d'une prison (art. 20). Le législateur rappelle ici que le « but premier de la loi » reste « la protection de la société », reléguant au second plan le « but curatif de traitement » (Doc. Parl. Chambre, 1960, no. 514, p. 929). La loi prévoit, enfin, un « régime de semi-liberté » (van de Kerchove, 2010, p. 494) : à l'intersection entre le placement et la libération à l'essai, celui-ci est pensé pour faciliter la réintégration sociale de la personne en la laissant, par exemple, « quitter chaque matin l'établissement pour se rendre seul chez un employeur et rentrer le soir après son travail » (Doc. Parl. Chambre, 1960, no. 514, p. 930).

Le régime de la défense sociale fondé en 1930 et modifié en 1964, qui régit la prise en charge des « aliénés délinquants », incarne un modèle « para-pénal » (Cartuyvels, 2018, p. 395). Incapables de trancher pour une logique sanitaire au détriment d'une logique sécuritaire ou *vice versa*, le législateur a opté pour une consécration commune dans un même texte de loi, formalisant une forme de compromis *à la belge*. Néanmoins, à la fin du XX^{e} siècle, le régime de la défense sociale cesse progressivement de convaincre et fait l'objet de nombreuses critiques.

3. La défense sociale contestée

En 1996, dans un contexte belge marqué par les terribles et tragiques affaires « Derochette » et « Dutroux »[24], une « Commission internement » (appelée aussi « Commission Delva ») est instaurée par le Ministre de la Justice de l'époque, Stefaan De Clerck, en vue de réformer le système. Du régime de la défense sociale en vigueur ainsi constitué, on retient un caractère « fourre-tout ». À la fin du XIX^{e} siècle, on assimilait dans un même texte de loi une multitude de « catégories » d'individus considérés comme dangereux. La tendance se confirme par la suite avec la loi de 1930 dont le champ *rationae personae* porte sur les « anormaux », les délinquants d'habitude et les récidivistes. La tendance s'accentue encore des décennies plus tard : en 1998, le libellé initial de la loi (« loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude ») est modifié par l'ajout des termes « et des auteurs de certains délits sexuels ». Dès lors, les auteurs d'infraction à caractère sexuel mais qui ne présentent pas de troubles mentaux tombent eux aussi sous le joug du régime de la défense sociale. C'est à nouveau en raison du potentiel de dangerosité qu'ils représentent que le législateur choisit de les rassembler dans un même texte légal (van de Kerchove, 2010, p. 25). *A contrario*, le passage de l'an 2000 est marqué par une volonté de conférer à chaque catégorie « des régimes juridiques distincts » (Cartuyvels, *in Nederlandt et al*., 2018, p. 6), empêchant, en quelque sorte, d'instituer un régime du « tout dangereux ».

Une autre critique vise le « déséquilibre » entre le soin et la sécurité, dont les lieux d'internement sont le principal symptôme : « la prison-asile [les annexes psychiatriques] concurrence sérieusement l'asile-prison [les EDS] », ceci étant essentiellement dû au manque de place en EDS (Cartuyvels, *in Nederlandt et al*., 2018, p. 5). Suite à cela, le système de la défense sociale commence également à être questionné au niveau international, à l'aune du droit des droits fondamentaux. Après plus d'un siècle d'évolution, la mesure principale du système persiste : une privation de liberté sous la forme d'un internement, en ce compris un *placement* sous contrainte de la personne reconnue comme « aliénée » et « dangereuse » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 88). Or, le droit à la liberté est consacré par la Convention européenne des droits de l'homme et celle-ci n'autorise la privation de liberté que dans certains cas précis dont celui de « l'aliéné » (art. 5, para. 1, e, de la Convention) et à certaines conditions qui rendent

[24] Patrick Derochette est reconnu coupable de l'enlèvement et de la mort de la petite Loubna Benaïssa à Bruxelles en 1992, il sera déclaré irresponsable de ses actes et interné en 1997. En 1996, l'affaire Dutroux défraye la chronique belge et internationale : Marc Dutroux est condamné à la prison à perpétuité pour avoir violé et tué des jeunes filles et adolescentes.

la « détention » régulière (Cartuyvels, Hachez, Nederlandt, 2020, p. 764-765 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 88). La Belgique est condamnée pour la première fois en 1998 par la Cour européenne des droits de l'homme en raison d'un séjour de longue durée d'une personne internée au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison qui ne laissait qu'une moindre place au soin (Colette-Basecqz, Nederlandt, 2018, p. 215)[25]. Ce premier arrêt émis par les juges de Strasbourg lève progressivement le voile sur les conditions de vie délétères et l'absence de soins suffisants dans ces lieux.

Dans cette vague de critiques, un acteur est touché en particulier : le médecin-psychiatre. Figure centrale du traitement de l'aliénation mentale depuis plus d'un siècle, et occupant un rôle de « conseiller » du juge mais aussi d'expert au sein de la commission de défense sociale, sa place et son expertise sont mises à mal au moment où les savoirs issus des sciences comportementales et influencés par le monde anglo-saxon prennent de plus en plus d'ampleur. Une logique d'évaluation du risque sur la base des méthodes de *testing* et du recours à des échelles psychométriques (voir le chapitre 4) vient contrebalancer la logique, plus ancienne, fondée sur une clinique de la dangerosité (Cartuyvels, 2017, p. 96-97).

Ce régime de la défense sociale, jugé insatisfaisant sur plusieurs points par les politiques et les juristes nationaux mais aussi internationaux, conduit à une volonté de réformer en profondeur le système de prise en charge des personnes internées. En cette fin de XX^{e} siècle, la volonté de réinjecter du droit dans le traitement des personnes internées est patente. Autrement dit, la tendance médico-administrative du XIX^{e} siècle qui avait cédé sa place à une tendance médicojudiciaire s'apprête à entamer un second processus de judiciarisation, voire même, pourrait-on dire, de « pénalisation » de la mesure d'internement. Ce phénomène s'observera surtout à travers le rôle joué par l'organe de contrôle de la mesure (la Commission de défense sociale) : présentant un caractère plutôt administratif, elle est remise en question (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 84).

III. À partir de 2007 : des suites de la défense sociale

Si, à l'heure où j'écris ces lignes, l'entrée dans le XXI^{e} siècle est encore relativement récente, il n'en reste pas moins que les débuts du nouveau millénaire ont marqué un véritable tournant

[25] Cour eur. dr. h., arrêt *Aerts c. Belgique*, 25357/94, 30 juillet 1998.

législatif en matière d'internement : le régime de la défense sociale fait l'objet de modifications importantes par l'intermédiaire de deux « nouvelles » lois.

1. Trouble mental et « retour du droit » : la loi du 21 avril 2007

Suite aux travaux de la « commission internement » émerge la *loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental*, en date du 21 avril 2007 (van de Kerchove, 2010, p. 487 ; Vandermeersch, 2008, p. 117). La loi nouvelle a pour but de remplacer la loi de 1930 modifiée en 1964, tout en conservant la philosophie de la défense sociale. Toutefois, elle n'entre jamais en vigueur. Il vaut néanmoins la peine de s'arrêter un instant sur certaines des dispositions légales de la loi mort-née de 2007, innovantes en la matière, et sur quelques-unes des raisons qui ont empêché sa mise en application.

Dans une tentative de répondre aux critiques antérieures, suivant une logique « subjective » (van de Kerchove, 2010, p. 489), la loi de 2007 restreint son champ d'application *ratione personae* : seuls les auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental sont désormais visés. Autrefois inclus dans le régime de 1930, les récidivistes sont exclus du régime de la défense sociale (van de Kerchove, 2010, p. 489 ; Cartuyvels, 2017, p. 98 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 84). La loi adopte d'ailleurs un changement de terminologie et préfère la notion de « trouble mental » à celle, plus ancienne, d'« état de démence » ou d'« état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale » afin de coller aux évolutions de la psychiatrie. L'exposé des motifs de la loi de 2007 est informatif à ce propos :

> « Ce terme [trouble mental] est en effet plus en adéquation avec les conceptions actuelles de la psychiatrie et recouvre tant les handicaps que les maladies mentales. Ce terme de "trouble mental" présente également l'avantage d'être suffisamment large pour pouvoir continuer à être utilisé en fonction des évolutions futures des connaissances scientifiques en la matière. […] De plus, ce terme est aussi celui qui est internationalement reconnu notamment par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et par l'American Psychiatric Association […] » (Doc. Parl. Chambre, 2007, no. 51(2841/001), p. 7).

Et comme il s'agit de ne mettre aucune catégorie psychiatrique à l'écart, le projet de loi poursuit :

> « [i]l n'est sûrement pas souhaitable d'intégrer dans la loi des termes de diagnostic psychiatrique précis, car ceux-ci changent en fonction de l'évolution de la discipline médicale. C'est pourquoi il est recommandé de recourir à un terme générique, internationalement admis, qui recouvre tant les handicaps que les maladies. C'est la raison

> pour laquelle le choix s'est porté sur l'expression "trouble mental" » (Doc. Parl. Chambre, 2007, no. 51(2841/001), p. 21).

Si l'expression « trouble mental » parait plus fluide et plus englobante, elle fait néanmoins l'objet de discussions. Critiquée dans un premier temps car jugée « trop floue », elle revêt plusieurs acceptions. Issue du DSM 5[26], qui établit la nomenclature des symptômes des différents troubles mentaux aujourd'hui acceptés et reconnus par la communauté des psychiatres américains, la notion de trouble mental traduit d'abord une portée médicale rassemblant une série de pathologies allant des troubles neuro-développementaux (par exemple, le handicap intellectuel, les troubles du spectre de l'autisme, le déficit de l'attention, *etc*.) aux troubles bipolaires, en passant par les troubles anxieux ou encore les troubles psychotiques (DSM 5, 2013). L'individu diagnostiqué apparait *troublé* par la maladie, mais aussi *troublant* pour son environnement. À la notion de trouble en tant que pathologie intrinsèque à l'individu s'ajoute ainsi une dimension sociale. Celle-ci renvoie à l'environnement sa responsabilité dans le diagnostic. L'individu atteint d'un trouble mental dérange les normes établies, ou du moins n'y répond plus correctement et devient stigmatisé par ses pairs. Un détour par l'anglais, langue initiale de rédaction du DSM, est éclairant : « *mental dis-order* », qui sous-tend également une dimension sociale et la rupture avec l'ordre social à travers le préfixe « *dis* »[27]. La loi de 2007 continue d'ailleurs de maintenir le danger que la personne commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental comme une condition pour décider d'un internement (art. 8), conservant le volet sécuritaire de la mesure.

Un autre changement majeur amené par la loi de 2007 concerne le remplacement des anciennes instances médicojudiciaires, à savoir les commissions de défense sociale, par un organe pénal et judiciaire, cette fois : le Tribunal de l'application des peines (TAP), responsable de l'organisation et du contrôle de l'exécution de la mesure. Au total, il existe six TAP en Belgique, répartis entre les cinq ressorts des Cours d'appel[28]. Ceci traduit un solide « retour du droit (pénal) » dans la prise en charge des personnes internées (Cartuyvels, 2017, p. 98 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 84). Sans surprise, cette évolution ne fait pas l'unanimité.

[26] DSM vaut pour *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association Américaine de Psychiatrie. La cinquième édition fut publiée aux États-Unis le 18 mai 2013 et fut traduite en français le 17 juin 2015.

[27] Notons que l'article 21 de la loi de 1930 faisait déjà mention de la notion de « trouble mental » mais sans y donner une place centrale.

[28] Les cinq Cour d'appel du pays sont situées à Gand et à Anvers pour la Flandre, à Liège et à Mons pour la Wallonie et la dernière se trouve à Bruxelles et est subdivisée en deux tribunaux, l'un francophone, l'autre néerlandophone.

Certains membres des anciennes commissions de défense sociale s'inquiètent des conséquences que pourrait engendrer une telle judiciarisation de la mesure d'internement, craignant une « repénalisation du régime » (Cartuyvels, 2017, p. 99), alors que d'autres y voient une garantie du contrôle judiciaire de la mesure et une réattribution du rôle « d'éclairage » du psychiatre et du rôle de « conseil » de l'avocat, tous deux à présent externes aux débats des TAP tenus à huis clos (van de Kerchove, 2010, p. 497 ; Cartuyvels, 2017, p. 98).

À côté des grandes innovations de la réforme, le pivot du système reste le placement, en ce compris l'enfermement en institution fermée des personnes internées. Une fois placé, il devient d'ailleurs plus difficile de sortir : en effet, en comparaison avec ce qui était prévu en 1964, la loi de 2007 durcit les conditions d'octroi de la libération à l'essai, rendant celle-ci possible à condition que la personne internée ait déjà bénéficié d'une permission de sortie, d'un congé, d'une détention limitée ou d'une surveillance électronique (art. 18, 19, 21 et 22 de la loi de 2007 ; Vandermeersch, 2008, p. 121). La libération à l'essai devrait, dès lors, elle-même être précédée d'une première forme de mise à l'essai par le biais d'une autre modalité de la peine ou d'un assouplissement temporaire de celle-ci.

Comme annoncé, faisant elle-même l'objet de nombreuses critiques, jugée « trop rigide » et « trop pénale » et laissant présager une faible orientation vers le soin et le thérapeutique (Colette-Basecqz *in Nederlandt et al.,* 2018, p. 16), la loi du 21 avril 2007 ne voit jamais le jour et est remplacée, sept ans plus tard, par une autre loi qui régit depuis lors le régime de l'internement.

2. L'internement comme « trajet de soins » : la loi du 5 mai 2014

Le régime de l'internement est aujourd'hui encadré par la loi du 5 mai 2014, entrée en vigueur au 1er octobre 2016. Prolongeant les efforts de la réforme précédente, la loi de 2014 fait le grand écart, renforçant tant l'aspect sécuritaire et judiciaire que l'aspect sanitaire de la mesure. D'un côté, elle officialise le « retour du droit », maintenant le TAP comme l'organe de contrôle de l'exécution de l'internement. De l'autre, si elle continue de calquer la trajectoire de la personne internée sur celle de la personne condamnée (Cartuyvels, 2018, p. 402), c'est avec une plus grande souplesse et en donnant une place plus importante au soin et à la prise en charge *extra-muros* à travers la notion de « trajet de soins ». Comme pour les autres sous-points de ce chapitre, je décris en substance, dans un instant, le contenu de cette « nouvelle » loi. Notons que certaines dispositions de cette loi furent encore modifiées par la loi du 4 mai 2016 dite

« pot-pourri III »[29], notamment pour s'aligner sur les derniers arrêts rendus par la Cour européenne des droits de l'homme concernant le placement des personnes internées en annexe psychiatrique de prison (voir *infra*).

La loi de 2014 définit l'internement comme une « mesure de sûreté », la distinguant des peines à proprement parler, quoique se rapportant à une mesure privative de liberté et visant le même objectif à deux têtes que les précédentes réformes : d'une part, protéger la société d'individus dangereux et, d'autre part, dispenser à ces mêmes individus les soins nécessaires pour favoriser leur réinsertion sociale (art. 2 de la loi de 2014). Si la formule « défense sociale » disparait du texte légal au profit du libellé « internement », le compromis que les législateurs du XX^{e} siècle avaient consacré dans la loi de 1930, quant à lui, demeure : l'internement continue d'osciller entre une logique de soin et une logique de sécurité. Suivant les termes de la loi, on peut dérouler la mesure d'internement autour de trois phases consécutives que je nommerai, par souci de clarté, la phase de décision (A.), la phase d'exécution (B.) et la phase de réinsertion (C.).

A. La phase de décision : l'expertise psychiatrique et l'irresponsabilité pénale

La décision judiciaire d'ordonner l'internement peut être prononcée par une juridiction d'instruction ou de jugement, que le magistrat siège au tribunal correctionnel ou à la Cour d'assises, si trois conditions sont remplies. Ces trois conditions sont énumérées à l'article 9 de la loi de 2014. On peut sommairement les résumer comme suit : si un individu commet une infraction d'une certaine gravité portant atteinte aux personnes, qu'il est atteint d'un trouble mental au moment de la décision judiciaire, et qu'il présente un danger de récidive, il ne sera pas *condamné* mais pourra être *interné*, étant considéré comme pénalement irresponsable de ses actes.

> « Les juridictions d'instruction, sauf s'il s'agit d'un crime ou d'un délit considéré comme un délit politique ou comme un délit de presse, à l'exception des délits de presse inspirés par le racisme ou la xénophobie, et les juridictions de jugement peuvent ordonner l'internement d'une personne : 1° qui a commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers et 2° qui, au moment de la décision, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et 3° pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouveaux faits tels que visés au 1° en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque ». (Art. 9. §1er de la loi du 5 mai 2014)

[29] Loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *M. B.*, 13 mai 2016.

Qui dit nouvelle loi, dit nouvelles controverses. Pour n'en citer qu'une, certains professionnels du champ s'interrogent sur les façons d'évaluer la gravité d'un crime (art. 9, 1°) qui, selon la loi, doit menacer et/ou porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui pour permettre l'internement. Ils s'inquiètent du sort des individus atteints d'un trouble mental qui ayant commis une infraction mineure, ou d'une certaine gravité mais portant uniquement atteinte aux biens, se retrouveraient en marge des conditions de la mesure de sûreté (De Page, Mercenier, Titeca, 2019, p. 405)[30].

Les trois conditions énumérées par la loi sont cumulatives et, lorsqu'elles sont réunies, permettent au juge de décider s'il y a lieu ou non d'ordonner une mesure d'internement. Ce dernier, bien qu'étant l'ultime décideur, n'est cependant pas le seul appréciateur de ces conditions. Le juge se base en effet sur le rapport d'expertise réalisé par un médecin-psychiatre, agréé, qui a, au préalable, examiné le prévenu et rendu compte de son état mental. L'expertise psychiatrique apparait alors comme une quatrième condition préalable à l'octroi d'une mesure d'internement. L'article 9 de la loi du 5 mai 2014 poursuit :

> « Le juge prend sa décision après qu'a été effectuée l'expertise psychiatrique médicolégale visée à l'article 5, ou après l'actualisation d'une expertise antérieure ». (Art. 9. §2 de la loi du 5 mai 2014)

L'expertise intervient pour la première fois au stade « sentenciel » de la mesure d'internement qui couvre la phase judiciaire de la mesure (art. 5 à 18 de la loi de 2014). Lors d'entretiens que j'ai menés auprès d'experts-psychiatres, les avis sont unanimes : « peu d'experts psychiatres exercent cette fonction à ce jour, il n'y a pas beaucoup d'intérêt chez les jeunes ». Ils ne seraient en effet que quelques-uns à exercer dans le domaine particulier de la psychiatrie légale, ce qui revient parfois à réaliser « entre deux-cent cinquante et trois-cent expertises par an » par psychiatre agréé. Dans le même sens, certains experts-psychiatres belges militent pour la « reconnaissance officielle de la discipline dans le monde académique » (Leistedt, 2020, p. 6).

Après réception du « réquisitoire », il est demandé à l'expert-psychiatre de se prononcer sur la responsabilité du prévenu et sur sa dangerosité. En 2018, un arrêté royal vient consolider la

[30] Pour plus d'information sur le contenu et les enjeux de la loi du 5 mai 2014, voy. Cartuyvels, Y. (2018). L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre… *Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique, 176*(4), 395–403. https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.011 ; Cartuyvels, Y., De Spiegeleir, S. (2022). La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques, 88*(1), 75–102. https://doi.org/10.3917/riej.088.0075.

demande d'expertise offrant un « canevas de l'expertise psychiatrique » (Vicenzutto *et al*. 2019, p. 893). En résumé, l'expert doit pouvoir répondre à plusieurs questions qui renvoient aux critères prévus par la loi[31] : la personne était-elle, tant au moment des faits qu'au moment de l'expertise, atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ? Existe-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ? Du fait du trouble mental, existe-t-il un risque de récidive ? La personne peut-elle être traitée, suivie et soignée ? Si oui, comment ? Dit autrement, un trajet de soins peut-il être mis en place pour la personne ? Et quelles sont les possibilités de réinsertion dans la société (comprenant aussi l'éventualité d'un traitement spécialisé si les faits ont été commis sur mineurs) ?[32] Dans les faits, il ressort des entretiens que le juge suivrait « dans 90 % des cas » l'avis de l'expert-psychiatre.

Les modes d'évaluation diffèrent d'un expert-psychiatre à l'autre. Certains, d'influence plutôt psychanalytique, se basent sur un entretien clinique mené avec la personne concernée qui peut durer plus d'une heure et qui a généralement lieu dans l'annexe psychiatrique de la prison où la personne réside dans l'attente de la décision judicaire. D'autres experts choisissent de combiner l'évaluation clinique à une évaluation psychologique en vue d'établir le « profil de risque » de la personne, se basant sur des instruments probabilistes (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010). La loi de 2014 prévoit d'ailleurs, en son article 5 qui encadre l'expertise psychiatrique, la possible « assistance d'autres spécialistes en sciences comportementales » (Cartuyvels, 2018, p. 402). Enfin, l'expert rédige un rapport circonstancié de quelques pages dans lequel il pose par écrit ses constats sur l'état mental de l'intéressé.

Cette première phase, brièvement exposée ici[33], relate le processus décisionnel (juridique et psychiatrique) par lequel, sur la base de l'expertise psychiatrique et/ou psychologique et si les trois conditions de la loi sont validées, le juge *peut* statuer sur l'irresponsabilité de la personne et prononcer l'internement.

---

[31] Arrêté royal du 25 septembre 2018 portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 12 octobre 2018, p. 77103.

[32] Arrêté royal du 25 septembre 2018 portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 12 octobre 2018, p. 77114

[33] Pour plus d'informations sur les enjeux posés par l'expertise psychiatrique dans le cadre de l'internement en Belgique, voy. Cartuyvels, Y., Champetier, B. et Wyvekens, A. (2010). *Soigner ou punir. Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*. Presses universitaires Saint–Louis Bruxelles. ; Nederlandt, O., Berbuto, S., De Brouwer, A., Deveux, C., Jaspis, P., Malchair, J.-G., Moreau, J., Paci, D., Sax, H. et Vansiliette, F. (2023). Le prononcé de la mesure d'internement: une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones. *Revue de droit pénal et de criminologie*, *103*(11), 1014–1062. http://hdl.handle.net/2078.3/279450

B. La phase d'exécution : le placement

Dans le cas où le juge décide d'un internement s'ensuit la phase d'exécution que d'autres associent au stade « post-sentenciel » de la mesure d'internement (art.19 à 28 de la loi de 2014 ; Lancelevée, Cliquennois *et al*., 2013, p. 108).

Dans l'élan des réformes de 2014, et en vue de rendre spécifique le contrôle judicaire des personnes internées, sont mises sur pied, au sein de chaque TAP, des Chambres de protection sociale (CPS), aussi appelées « chambres internés »[34]. Toutefois, le fait qu'une instance pénale régisse l'exécution de la mesure d'internement peut sembler contradictoire. Lors d'un entretien, un-e président-e[35] de CPS insiste sur le paradoxe d'attribuer l'organisation et le contrôle d'une « non-peine » (l'internement) à une instance « pénale » (le TAP) :

> « C'est quand même très curieux de faire partie du Tribunal de l'application des peines alors que je dois exécuter une non-peine, car l'internement, par hypothèse, il n'y a pas de peine, il n'y a pas de sanctions, [les auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental] sont jugés irresponsables et échappent au champ pénal… Et malgré tout, je suis juge du Tribunal de l'application des peines, c'est quand même difficile à comprendre pour les gens ». *(Extrait d'entretien, 1er mars 2022)*

Les CPS sont des « chambres à trois juges » dont la composition diffère des anciennes commissions de défense sociale : si le magistrat garde sa place et la préside, l'avocat et le psychiatre disparaissent. Ils sont « remplacés » par deux assesseurs : l'un formé en psychologie clinique, l'autre spécialisé en réinsertion sociale. Lors d'un entretien, un expert-psychiatre met en évidence une des difficultés auxquelles font face, selon lui, les juges de la CPS, pas toujours en mesure de décoder le jargon psychiatrique :

> « Les nouveaux tribunaux [TAP] sont plus formels, c'est plus professionnel, je trouve que c'est mieux. Au niveau de l'expertise, je trouve que c'est mieux car c'est beaucoup plus balisé, c'est beaucoup plus professionnalisé. Je dirais que le seul reproche que l'on puisse faire [aux CPS] c'est qu'il n'y ait plus de psychiatre. Avant, il y avait un psychiatre dans la commission de défense sociale, ce qui permettait d'éclairer les membres de la commission. Aujourd'hui, la présence du psychiatre n'est même pas obligatoire [lors de l'audience], ce qui rend la vie du tribunal compliquée, d'ailleurs [le tribunal] nous appelle parfois, il nous demande de venir pour expliquer le rapport, donc là je vois que ça, ça crée un souci. Je pense que c'est l'élément le plus négatif, le fait qu'il n'y ait plus de médecin-psychiatre attaché, je dirais, au tribunal comme c'était le cas avant. » *(Extrait d'entretien, 17 février 2021)*

[34] La terminologie « protection sociale » remplace progressivement l'expression « défense sociale ».
[35] Dans ce cas précis, je fais le choix d'invisibiliser le genre de la personne interrogée en vue de garantir son anonymat.

À l'instar de ce qui était prévu par la loi mort-née de 2007 (compétence des TAP en matière d'internement) et malgré les critiques émises à ce sujet, il revient aux membres de la CPS de prendre la décision de placement, d'en déterminer le lieu et de l'annoncer lors d'une première audience. En principe, et dans la majorité des cas en pratique, la personne internée sera placée au sein d'une structure fermée censée couvrir les deux objectifs de l'internement, héritier de la défense sociale : du soin et de la sécurité. La personne internée entame alors son parcours d'internement, orienté par son « trajet de soins » (art. 2). Toutefois, et à la différence du parcours obligatoire par étapes que prévoyait la loi de 2007, la CPS peut aussi d'entrée de jeu opter pour d'autres modalités d'exécution de l'internement que le placement si elle estime que ces modalités sont plus conformes au trajet de soins : la CPS peut choisir d'emblée une mesure de détention limitée, de surveillance électronique ou de libération à l'essai (art. 23, 24, 25 de la loi de 2014).

Avant d'entrer dans les détails du « trajet de soins » et de ce qu'il recouvre, je m'arrête un instant sur les différents types « d'établissements » qui entrent en jeu pour l'étape du placement (art. 3, 4°, b), c) et d)). La loi prévoit qu'une personne internée sera placée soit dans un établissement de défense sociale (EDS) – pour rappel, il s'agit de l'EDS de Paifve et des deux (voir *supra* point II, 1.) – ou dans une section de défense sociale de prison, organisés par l'autorité fédérale, soit dans un centre de psychiatrie légale[36], aussi organisé par l'autorité fédérale, soit dans un établissement reconnu par l'autorité compétente (un hôpital psychiatrique subventionné), comme l'HPS de Tournai et Mons pour la Belgique francophone (voir *supra* point II, 1.) (art.19).

L'annexe psychiatrique d'une prison n'est pas reprise dans les lieux de placement (art. 3, 4°, a)) mais la loi n'exclut pas totalement le placement en annexe : elle l'envisage même, de manière *provisoire* et pour une durée limitée ; par exemple, à l'article 11 de la loi, lorsque, « au moment où l'internement est ordonné, [le prévenu, l'accusé ou l'inculpé] est détenu » ou « si le juge ordonne l'internement avec incarcération immédiate »[37].

[36] À l'heure actuelle, deux Centres de psychiatrie légale (CPL, ou « Forensisch Psychiatrische Centra ») existent en Flandre, l'un à Anvers (2017), l'autre à Gand (2014). En Wallonie, la construction de deux autres CPL est prévue pour la fin 2028, l'un à Wavre, l'autre à Paifve en vue de remplacer l'EDS du même nom. Pour plus d'infos sur les CPL, *voy*. Nederlandt, O., Colette–Basecqz, N., Vansiliette, F. et Cartuyvels, Y. (Eds.) (2018). *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés*. La Charte, p. 104-106.

[37] Les articles 60 et 61 de la loi envisagent une possibilité similaire en cas de réintégration suite à un manquement constaté durant la période de libération à l'essai. *Voy*. Derouaux, E., Nederlandt, O. et Servais, A. (2022). Les

Cette volonté du législateur de ne pas inclure les annexes psychiatriques dans la liste des lieux de placement répond à une demande forte de la Cour européenne des droits de l'homme. Après l'arrêt *Aerts* de 1998, la Cour, dans les deux décennies qui suivent, condamne de manière répétitive la Belgique pour sa politique de placement des personnes internées dans les annexes psychiatriques de prison, sur la base notamment des articles 3 (interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants) et 5 (détention régulière) de la Convention européenne des droits de l'homme et dénonçant un « problème structurel »[38].

En pratique, et malgré les initiatives des autorités belges pour créer plus de places dans des structures hospitalières sécurisées et ainsi délester les annexes psychiatriques, la situation ne semble pas évoluer. Le placement « provisoire » en annexe tend régulièrement à se prolonger dans l'attente qu'une place se libère dans l'un des établissements prévus par la loi et les annexes psychiatriques de prison continuent à être un lieu d'exécution de l'internement[39]. Au point d'ailleurs que, récemment, un projet de loi du 9 septembre 2021 a été déposé pour « légaliser l'illégal » et rendre licite le séjour prolongé dans les annexes, avant d'être finalement retiré, sans doute par crainte d'une énième condamnation par les juges de Strasbourg[40].

À ce propos, il est intéressant de se pencher brièvement sur un autre texte international, la Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), car celle-ci porte un autre regard sur la privation de liberté des personnes en situation de handicap et/ou atteinte d'un trouble mental. La CDPH est adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13

---

situations complexes dans l'exécution de la mesure d'internement. Dans A. Jonckheere, E. Maes, (eds). *Calcul, exécution et cumul des peines* (pp. 165-199), Gompel & Svacina.

[38] Voy., entre autres, Cour eur dr. h., arrêt *W.D. c. Belgique*, 73548/13, 6 septembre 2016. Pour plus d'informations concernant la jurisprudence de Strasbourg et pour une liste exhaustive des arrêts rendus en la matière, *voy*. Colette-Basecq, Nederlandt, 2018 ; Hachez, Cartuyvels, Nederlandt 2020, p. 750-781 ; Cartuyvels, 2022.

[39] Lors d'une table ronde organisée par le cabinet du Ministre de la Justice, Vincent Van Quickenborne, les derniers chiffres en la matière indiquait qu'en date du début du mois de juin 2022, sur un total de 3933 personnes internées, 303 personnes se trouvent en annexe psychiatrique de prison et 457 sont à l'EDS de Paifve ou dans la section de défense sociale d'une prison en Flandre, soit des établissements sous l'égide du SPF Justice (*voy*. Deuxième table ronde « surpopulation carcérale » : l'internement, organisée le 21 octobre 2022 : https://justice.belgium.be/fr/spf_justice/evenements/tables_rondes_surpopulation_carcerale#3). Un rapide calcul permet d'avancer qu'à l'heure actuelle, un cinquième de la population des personnes internées se trouve « enfermée » dans un lieu régi par la Direction générale des établissements pénitentiaires (DGEPI), lieux au sein desquels le niveau de soin requis est depuis longtemps jugé insuffisant par les acteurs de terrain (Voir à ce propos les derniers articles sur la question de l'Observatoire International des Prisons, section belge : https://www.oipbelgique.be/?s=internement).

[40] Les enjeux autour de ce projet de loi ont fait l'objet d'un article de presse paru dans le journal Le Soir le 27 novembre 2021 par des membres du collectif *Carta Academica* (Y. Cartuyvels, O. Nederlandt et H. Sax) : « les internés en annexe psychiatrique de prison : a never-ending story ? », disponible en ligne : https://www.lesoir.be/408761/article/2021-11-27/carta-academica-les-internes-en-annexe-psychiatrique-de-prison-never-ending

décembre 2006 et ratifiée par la Belgique en 2009. Son article 14[41], tel qu'interprété par le Comité onusien des droits des personnes handicapées, son organe de contrôle, laisse entrevoir une compréhension plus « constructiviste » et « sociale » du handicap (Cartuyvels, 2022, p. 103)[42]. Cette approche place la cause du handicap *hors* de l'individu et permet de re-conceptualiser le handicap comme la résultante des relations entre les personnes et leurs environnements matériels (Oliver, 1981). À la notion de trouble ou de handicap en tant que pathologie intrinsèque à l'individu s'ajoute ainsi une dimension sociale. La CDPH, telle que lue par son Comité, semble dès lors rejeter une « lecture médicale » du handicap qui place la source de ce dernier dans le monde naturel : localisant le handicap dans l'individu, il donne l'illusion qu'une solution médicale peut être trouvée (Devlieger, 2005).

Partant, la CDPH, à travers son Comité, admet « une approche pénale rétributive » en ceci qu'« au nom de l'égalité formelle et d'un souci de non-discrimination, le principe séculaire d'irresponsabilité pénale est mis en cause, ainsi que le recours à une voie "para-pénale" (l'internement) » (Cartuyvels, 2022, p. 103). Les personnes en situation de handicap ou atteintes d'un trouble mental peuvent être privées de leur liberté si nécessaire (dans le cas de la commission d'une infraction pénale par exemple) et doivent être jugées dans un « cadre pénal, sur base d'un principe de responsabilité pénal assumé » (Cartuyvels, 2022, p. 103). Cette position contraste avec celle adoptée par la Cour européenne des droits de l'homme qui reconnait le principe d'irresponsabilité pénale et qui permet la détention d'une personne au motif de l'aliénation, si les conditions légales sont respectées (art. 5, 1), e) ; voir *supra*).

C. La phase de réinsertion : la libération à l'essai *dans* et *hors* les murs

On l'a rappelé plus haut, la libération à l'essai peut être octroyée dès le début par la chambre de protection sociale comme modalité de l'internement. Toutefois, selon la trajectoire classique, c'est à l'issue du placement dans un cadre sécurisé et empreint d'une teinte carcérale que la personne internée bénéficie de la libération à l'essai. À ce stade, elle entame une période

[41] « Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres : […] b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté. » (art. 14, CDPH)

[42] Sur ce point, voy. Cartuyvels, Y. (2022). La privation de liberté des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH. *Archives de politique criminelle, 44*(1), 87–103. https://doi.org/10.3917/apc.044.0087 *;* et la thèse de Louis Triaille : Triaille, L. (2025, *à paraitre*). *Vivre libre avec un handicap*. *Droit à l'autonomie de vie et désinstitutionnalisation, des contestations de la vie asilaire aux obligations internationales de droits humains* (thèse de doctorat en droit). UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

probatoire au cours de laquelle elle pourra progressivement réintégrer la communauté. Dans le cadre de celle-ci, la personne internée « subit la mesure de sûreté qui lui a été imposée dans le cadre d'un trajet de soins résidentiel ou ambulatoire, moyennant le respect des conditions qui lui sont imposées pendant le délai d'épreuve » (art. 25). Les législateurs ont donc décidé d'adoucir les conditions d'accès à la libération à l'essai depuis le projet de loi de 2007 qui prévoyait que la libération à l'essai soit précédée d'une autre modalité de la peine.

La libération à l'essai occupe une position contrastée dans le trajet de soins, intervenant généralement après un passage en institution fermée et, dans tous les cas, avant la libération définitive. C'est dans un souci de faciliter la transition de l'internement vers la société qu'a été pensé un tel « dispositif responsabilisant » faisant appel aux « capacité d'autonomisation » de l'individu concerné (Cartuyvels, *in Cantelli, Genard*, 2007, p. 100). Par cette « mise à l'épreuve », qui dure au minimum trois ans, renouvelable ensuite tous les deux ans, la personne internée doit prouver qu'elle est capable de se prendre en charge en vue d'une libération définitive, ce qui suppose que le trouble mental soit suffisamment stabilisé et que le risque de commettre de nouvelles infractions soit considérablement réduit (art. 66). La libération à l'essai permet de replacer la personne internée dans la société tout en continuant de restreindre sa liberté par l'imposition de conditions et/ou d'obligations qui sont mises en œuvre par des organismes désignés par la loi à cette fin. Toujours sous statut « d'interné », la personne est soumise à deux types de tutelle dont la mission est de suivre et d'évaluer, *inter alia,* son état mental et sa dangerosité : une tutelle médicale (d'ordre « psy », afin de poursuivre son trajet de soins) et une tutelle sociale par un assistant de justice attaché à une maison de justice dont découlent des conditions générales (art. 42) :

- Ne pas commettre d'infractions ;
- Avoir une adresse fixe et en cas de changement, communiquer sans délai l'adresse de sa nouvelle résidence au ministère public et à l'assistant de justice chargé de la guidance ;
- Donner suite aux convocations du ministère public et de l'assistant de justice chargé de la guidance ;

Et des conditions spécifiques pour chaque personne ; par exemple, résider au sein de l'UPML désignée, indemniser les parties civiles s'il y a lieu et si elles se manifestent, interdiction de consommer des boissons alcoolisées, *etc*. Un certain degré de supervision ou de contrôle est donc attendu de la société, et notamment de l'assistant de justice qui rend des comptes au procureur du Roi : ce dernier peut saisir la CPS pour demander la révision, la suspension ou la révocation de la mesure (art. 60, 61 et 62) en cas de non-respect des conditions imposées.

La libération à l'essai prend place en dehors du chemin institutionnel traditionnel de l'internement pour intégrer un « entre-deux institutionnel » et se dérouler en résidentiel ou en ambulatoire. Si la loi ne définit pas ce qu'elle entend par « résidentiel » ou « ambulatoire » (art. 25), en pratique, le premier cas fait généralement référence à des structures hospitalières « *medium security* », tandis que le second vise tout autre type de structures « *low security* »[43]. Je m'explique. Les observations ethnographiques ont permis de rendre compte de la trajectoire idéale-typique de l'internement, qu'on peut catégoriser selon trois stades successifs, même si ces derniers ne constituent pas autant d'étapes successives obligatoires sur le plan pénal.

Ce parcours idéal-typique se déroule comme suit : après un passage par un internement « carcéral » ou qui s'y rapporte et faisant intervenir des lieux hautement sécurisés prévus pour des individus « *high risk* » (EDS, CPL, HPS et les annexes psychiatriques ou sections de défense sociale de prison), la personne internée peut entamer une phase probatoire dans le cadre de la libération à l'essai et intégrer d'autres types de structures qui fonctionnent sous un régime plus souple, semi-ouvert et davantage axé sur le soin, bien que certaines restent tout de même attachées à une logique relative de soins sous contrainte. Par exemple, la personne peut être amenée à résider au sein de l'unité psychiatrique médico-légale d'un établissement psychiatrique général. L'enquête ethnographique menée au sein d'unités psychiatriques médico-légales dans le cadre de la thèse, où des personnes internées poursuivent une partie de leur libération à l'essai, permet de montrer ce qui est attendu de ces personnes en prévision de leur retour dans la société (voir la deuxième partie de la thèse). Ensuite, un troisième et dernier stade permet de poursuivre la libération à l'essai en « ambulatoire ». Dans ce cadre, d'autres structures, au régime plus ouvert et qui proposent une intervention professionnelle plus modérée, entrent en ligne de compte, par exemple au sein de « maisons de soins psychiatriques »[44] (MSP) ou d'« initiatives d'habitation protégée » (IHP)[45]. Ces institutions, pensées d'abord par et pour le régime général des soins de santé mentale, sont généralement frileuses à l'idée d'accueillir dans leurs murs des personnes étiquetées comme « dangereuses » (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010). Elles ouvrent néanmoins petit à petit leurs portes

[43] Ces structures d'hébergement sont plus ouvertes, moins sécurisées et l'encadrement professionnel y est plus souple. Dans ces lieux, les personnes internées bénéficient d'une plus grande liberté de déplacement, en comparaison avec les structures dites résidentielles (comme les UPML) et les structures de type carcéral.
[44] Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques du 10 juillet 1990, M.B., 26 juillet 1990
[45]Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques du 10 juillet 1990, M.B., 26 juillet 1990.

aux personnes internées qui sont plus « avancées » dans leur libération à l'essai (De Spiegeleir, 2022, p. 205). Envisager un trajet de soins en résidentiel ou en ambulatoire, qui se pratique donc sans « enfermement » au sens le plus strict, semble trouver son origine dans un souci de faciliter la réinsertion, notamment après un passage en annexe psychiatrique de prison, ce qui permettrait de diminuer le risque de récidive et de prodiguer des soins sur le long terme. L'octroi d'une libération définitive met fin à la mesure d'internement (art. 66)[46].

À travers la libération à l'essai, on observe une forme de contrôle à bas seuil, où semble avoir lieu une institutionnalisation « en angle mort ». À l'aune des premières tentatives de légiférer en matière d'internement pénal, sous le joug de la philosophie de défense sociale (1930), la priorité était donnée en pratique à l'enfermement. *A contrario,* la « nouvelle » loi relative à l'internement (2014) s'aligne sur une logique de désencastrer le soin afin de privilégier une prise en charge mobile. Le schéma ci-dessous synthétise les développements précédents, faisant correspondre les trois phases de l'internement (décision, exécution et réinsertion) aux trois stades du trajet de soins (carcéral, résidentiel et ambulatoire).

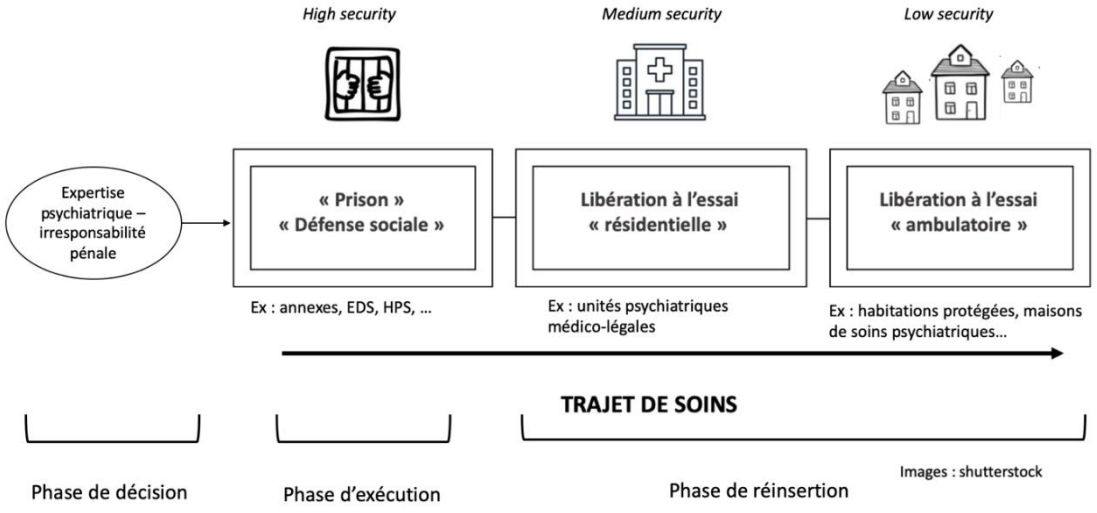

Fig. 2. Le parcours d'internement

[46] En pratique, il arrive parfois que la libération à l'essai soit directement accordée sans qu'un « placement » n'ait eu lieu : par exemple, des personnes se trouvant en annexe psychiatrique de prison peuvent alors intégrer directement une structure ambulatoire (MSP, IHP) ou une structure résidentielle et hospitalière (UPML) sans devoir passer par des modalités progressives plus contraignantes (EDS, HPS, CPL). L'idée sous-jacente est de réserver les soins très spécialisés pour les cas « lourds » en EDS ou à l'hôpital psychiatrique sécurisé. Dans des cas plus rares, il arrive que la libération définitive soit accordée avant la fin du délai d'épreuve prévu par la libération à l'essai ; voy, à ce propos, deux arrêts de la Cour de cassation : des 9 avril 2019 et du 11 juin 2019 de la Cour de cassation (Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RG P.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362). Voy. Derouaux, E., Nederlandt, O. et Servais, A. (2022). Les situations complexes dans l'exécution de la mesure d'internement. Dans A. Jonckheere, E. Maes, (eds). *Calcul, exécution et cumul des peines* (pp. 165-199), Gompel & Svacina.

3. Objets de soin, sujets de droit : deux siècles d'évolutions sociolégislatives

Le regard sociohistorique proposé dans les trois premiers points de ce chapitre s'est intéressé aux origines, à l'essor et aux évolutions contemporaines de la défense sociale, ce qui a permis de relever quelques points centraux liés à l'évolution du régime de l'internement. Passées d'« objets de soin » à « sujets de droit », les personnes internées ont vu leur statut juridique indéniablement s'améliorer au fil du temps. En résumé, on observe un double déplacement qui encadre la remise en question du système : d'une part, des logiques de prise en charge administratives, marquées par la prégnance du rôle du médecin-psychiatre, sont remises en cause au profit d'un plaidoyer pour un « retour du droit » qui se manifeste avec la création des TAP à partir de 2007 et des CPS à partir de 2014 ; d'autre part, l'idée d'un enfermement *ad vitam aeternam* tombe petit à petit en désuétude : l'heure est à l'encouragement de la mobilité institutionnelle des personnes internées afin, notamment, de permettre une meilleure réinsertion sur le long terme, d'où la création de places au sein de structures plus ouvertes. Ceci s'observe par ailleurs dans le champ pénal général avec la montée en puissance du recours à la surveillance électronique et à la peine de travail, dispositifs de pénalité qui doivent inciter les détenus à faire preuve d'autonomie et de responsabilité (Devresse, 2012).

Les évolutions du régime de l'internement n'ont cependant pas fait disparaitre les deux aspects inhérents à la mesure (la sécurité *versus* le soin), ni effacer l'un au profit de l'autre. Elles ont montré qu'au fil des décennies, les « deux bras » de l'internement se sont chacun consolidés. Ni les juristes, ni les politiques ne sont parvenus à dépasser la tension initiale, entre pénal et santé mentale, préférant chercher à concilier les deux, au niveau législatif à tout le moins. Et force est de constater que même si le nouveau régime légal de l'internement met en avant l'idée d'un trajet de soins, se détacher véritablement d'une logique d'enfermement de type carcéral et/ou asilaire ne semble pas si évident (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 98).

Dans l'intervalle des deux dernières réformes de l'internement (la loi de 2007 et celle de 2014) se concrétisait, en parallèle, une réforme fédérale des soins de santé mentale qui a vu le jour au tournant des années 2010. Si cette dernière est avant tout pensée par et pour l'ensemble des bénéficiaires des soins classiques et réguliers de santé mentale, elle n'est toutefois pas étrangère au sort des personnes internées, souvent reléguées aux frontières du champ pénal. Le quatrième sous-point de ce chapitre revient sur la façon dont la politique en matière d'internement s'articule de manière croissante aux évolutions et aux initiatives prises dans le champ de la santé mentale au sens large.

IV. Au-delà de la défense sociale : les réformes psychiatriques

En parallèle des évolutions du régime spécifique pour les « aliénés criminels », le champ régulier de la santé mentale, dont dépendent les « aliénés ordinaires », a lui aussi fait l'objet de transformations. Lorsque le *régime des aliénés* de 1850 s'est finalement scindé pour donner naissance, près d'un siècle plus tard, au projet de la défense sociale (1930), qu'est-il advenu des « aliénés ordinaires » ?

Dans un article récent, intitulé « La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022), nous évoquons les principales réformes qui ont marqué le système de prise en charge médico-administratif qui, depuis le XIX^{e} siècle, concerne le volet « civil » de prise en charge des « aliénés non délinquants », par opposition au volet « pénal », qui, à partir de 1930, s'autonomisera avec la loi de défense sociale réservée aux auteurs d'infraction.

Dans ce dernier sous-point, je reviens sur l'évolution sociolégislative de ce volet « civil », sans lui donner pour autant l'analyse détaillée qu'il mériterait, l'histoire de la psychiatrie générale en Belgique n'étant pas au cœur de cette thèse[47]. Néanmoins, il me parait pertinent de s'y référer car le temps présent des terrains d'enquête laisse à penser qu'il existe de plus en plus de croisements, en tout cas sur le plan empirique, entre les volets « civil » et « pénal » de la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble mental. Si auparavant les personnes internées étaient exclusivement cantonnées dans des lieux qui leur étaient spécifiquement destinés (« asiles spéciaux », annexes psychiatriques de prison, établissements de défense sociale), depuis une quinzaine d'années surtout, on observe une démultiplication des structures d'accueil et de soin à même de prendre en charge ces personnes, dont certaines sont extérieures au réseau de la défense sociale *stricto sensu*.

[47] À ce propos, voir notamment les travaux de Klein, A., Guillemain, H., Thifault, M. C. (2018). La fin de l'asile. *Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle.* Rennes: Presses universitaires de Rennes ; Majerus, B. (2013). Parmi Les Fous. Une Histoire Sociale de La Psychiatrie Au XXe Siècle. *Collection 'Histoire'. Rennes: Presses Universitaires de Rennes*. ; Cassiers, L. (2002). Cinquante Années de Psychiatrie à l'UCL. Dans J.–J. Haxhe, *Cinquante Années de Médecine à l'UCL 1950–2000* (Recueil de mémoires coordonné par Jean–Jacques Haxhe, pp. 410–416). Édition Racine.

1. Réformer la loi de 1850 : protéger « les malades mentaux »

En 1930, on l'a vu, les « aliénés criminels » ont été sortis du régime de collocation introduit en 1850, au motif que ce régime était insuffisant sur le plan de la sécurité publique (voir *supra* point I.). Pour les « aliénés ordinaires », au contraire, la loi « civile » de 1850 a perduré pendant un peu plus d'un siècle. Au tournant des années 1960, cette loi ne convainc plus. Dans un contexte marqué par un mouvement croissant de « déshospitalisation » (Klein *et al.,* 2018), dans le cadre duquel un nombre important de patients malades mentaux sont transférés des services psychiatriques fermés vers des services plus « ouverts » (van de Kerchove, 2012, p. 8 ; Fourez, 2004, p. 155), et où bon nombre d'alternatives à l'hôpital psychiatrique voient le jour, se font entendre des appels à la réforme d'une loi déjà vieille d'un siècle.

A. La protection des « malades mentaux » : la loi du 26 juin 1990

L'année 1969 est marquée par deux nouveaux projets de loi : l'un concerne la protection de la personne des malades mentaux, l'autre la protection de leurs biens. Pour mon propos, je me concentre uniquement sur le premier des deux projets de loi. Ce dernier « tend à consacrer progressivement, au niveau législatif, la médicalisation à part entière de l'aliénation mentale » (van de Kerchove, 2012, p. 8), ce qui traduit une prédominance des instances médicales et psychiatriques sur les instances judiciaires (van de Kerchove, 2012, p. 8). Placer un « malade » dans une structure de soin ne relèverait pas d'une privation ou d'une restriction de liberté, et est plutôt considéré comme une mesure de protection qui serait « purement médicale » (van de Kerchove, 2012, p. 8). Cependant, à la volonté de placer au centre la « personne malade mentale » et la garantie de ses droits se combine celle de la « tranquillité publique » qui, si elle ne vient pas la supplanter, s'y accole.

Près de vingt années plus tard, et après plusieurs modifications, le projet de loi devient la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, mise en application le 27 juillet 1991. Cette loi remplace l'ancien régime de la collocation des aliénés de 1850 et constitue depuis le régime légal en vigueur. Notons que, très récemment, certaines dispositions de la loi ont également fait l'objet de modifications[48]. La réforme de 1990 traduit une tout autre philosophie que celle du projet de loi de 1969. Elle sera en effet « animée par la volonté de mieux garantir les droits fondamentaux de la personne malade mentale » (Hachez, Cartuyvels,

[48] *Voy*. la loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux, *M. B.*, 27 mai 2024. Cette loi est censée entrer en vigueur au 1er janvier 2025.

Nederlandt, 2020, p. 758). Dès son entrée en vigueur, la « nouvelle » loi de 1990 inverse la tendance encore existante à l'époque : si jusque-là un plus grand pouvoir décisionnel était laissé au médecin, la loi traduit une volonté de judiciariser la protection des malades mentaux, à l'instar de ce que fera plus tardivement son homologue pénal, la loi de 2014 relative à l'internement. La décision de priver de sa liberté une personne « malade mentale » est confiée à un juge de paix compétent, sauf en cas d'urgence où elle est alors confiée au Procureur du Roi. Trois conditions permettant la privation de liberté sont énoncées par la loi : (1) la personne est « malade mentale », (2) elle présente un danger pour sa propre santé et sécurité et met en danger la vie ou l'intégrité d'autrui et (3) il n'existe pas d'alternative envisageable (art. 2 de la loi de 1990 ; Fourez, 2004, p. 155). Si ces trois conditions sont remplies, deux types de mesures sont prévus par la loi : d'une part, la personne concernée est « mise en observation » (art. 5 à 9) pour une durée maximale de quarante jours, suite à quoi, si nécessaire, elle peut faire l'objet d'une mesure de « maintien » (art. 14) dans un service psychiatrique, qui peut durer jusqu'à deux ans et peut être prolongée pour une autre période de deux ans[49] ; d'autre part, malgré ces mesures qui continuent à favoriser la privation de liberté et le placement d'une personne « malade mentale », la loi de 1990 ne réduit plus la prise en charge psychiatrique à l'institution hospitalière : elle introduit ainsi la possibilité de poursuivre les soins « en dehors de l'hôpital » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 81-82). Envisageant qu'une « postcure » faisant suite au placement puisse prendre place (art. 16), ou que la mesure de protection se déroule d'emblée « en milieu familial » (art. 23), la loi entérine un mouvement de « désinstitutionalisation », ayant fait son apparition dans la sphère psychiatrique belge et occidentale depuis les années soixante (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 81 ; voir *infra*).

La loi de 1990 ne fait pas que des heureux : d'aucuns dénoncent un pouvoir médical qui mettrait « la législation belge en défaut en regard de l'article 5, al. 4, de la CEDH [Convention européenne des droits de l'homme] qui prévoit un contrôle judiciaire régulier de la privation de liberté et de ses modalités » (D'Hoest, 2013, *cité dans Cartuyvels, De Spiegeleir,* 2022, p. 82). Quant aux efforts de « désinstitutionalisation » qu'elle affiche, ils ne semblent pas suffire en pratique, le recours aux soins en milieu familial se faisant plutôt rare (Mosselmans *et al.*, 2010,

[49] Pour plus d'informations sur le contenu et les enjeux de la loi de 1990, *voy*. Cartuyvels, De Spiegeleir (2022). La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, *88*(1), p. 79-82 ; Verrycken M., Baeteman G., Casman H., De Meuter S. (1992). *Het nieuwe statuut van de (gesstes)zieken : wetten van 1990-1991,* Story-Scientia ; Hachez I., Cartuyvels Y. et Nederlandt O. (2020). Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans I. Hachez, J. Vrielink (dir.), *Les grands arrêts en matière de handicap* (pp. 757-782). Larcier. D'autres recherches sont nécessaires afin d'analyser les toutes dernières modifications apportées à la loi de 1990 (loi du 16 mai 2024).

cité dans Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 82). Toutefois, une dernière réforme fédérale des soins de santé mentale (la « réforme 107 »), si elle ne supprime pas le recours à une privation de liberté en raison d'une maladie mentale, a favorisé la création de circuits et réseaux de soin et accentue « le maillage des intervenants en milieu ouvert et la possibilité de prise en charge mobile » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 82). Avant d'examiner les propositions de la réforme 107, je situe celle-ci dans le contexte sociohistorique de la seconde moitié du XX^{e} siècle qui a favorisé son élaboration.

B. La psychiatrie belge se déshospitalise

Dans de nombreux pays occidentaux, l'hôpital psychiatrique a représenté, pendant un certain temps du moins, le symbole de l'« institution totale », telle que conceptualisée par Erving Goffman dans son œuvre majeure, *Asile* (1968 [1961]). Goffman voit dans l'asile une structure qui « enveloppe les reclus » enfermés « dans un réseau de contrainte » (1968 [1961], p. 45-46). À partir des années cinquante-soixante, le « succès » de l'antipsychiatrie (Cooper, 1978) amène une remise en cause de l'institution psychiatrique et de la prise en charge résidentielle des personnes malades mentales (Klein *et al.*, 2018, p. 7), en raison notamment de son caractère stigmatisant et ségrégatif (Goffman, 1968 [1961] ; Klein *et al.*, 2018). Des mouvements similaires s'observent dans d'autres États occidentaux, comme le Royaume-Uni[50], les États-Unis[51], l'Italie[52] ou la France[53].

En Belgique, c'est un peu plus tard, vers les années 1974-1975 (Verhaegen, 1987, p. 42), que ce mouvement de désinstitutionalisation, s'il ne supprime pas toute forme d'institutionnalisation (Majerus, 2018)[54], amène à des projets de réformes et « d'alternatives » (Majerus in *Klein et al.*, 2018, p. 149 ; Walker, Thunus, 2020). La logique est la suivante : fermer des lits psychiatriques en milieu hospitalier et les remplacer, en partie, « par des lieux plus petits et décentralisés » (Majerus, *in Klein et al.*, 2018, p. 155). Parmi ces réformes, nous pouvons en retenir quelques-unes : la création des services de santé mentale (SSM) en 1975[55], la mise sur pied des Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) et des Initiatives d'Habitation

[50] *Mental Health Act* de 1959
[51] *Community Mental Health Center Act*, États-Unis, 1963
[52] Voy. Basaglia, F. (traduit de l'italien par Louis Bonalumi) (1970). *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Seuil, Coll. Combats.
[53] Circulaire sur la sectorisation en France, 1960
[54] « Les années 1960 et 1970, usuellement considérées comme les années de la désinstitutionnalisation psychiatrique, sont en Belgique l'aboutissement du "grand enfermement ". Si le nombre de lits psychiatriques avait connu un premier apogée juste avant la Seconde Guerre mondiale avec un peu plus de 25 000 patients internés en 1939, le point culminant est atteint au milieu des années 1960 avec plus de 27 000 lits. » (Majerus, 2018, p. 146)
[55] Les Services de Santé Mentale (SSM) sont régis par l'arrêté royal du 20 mars 1975.

Protégée (IHP) en 1989[56], la création des plateformes de concertation en santé mentale au début des années 1990, suivie par la création des « soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile » (SPAD) au début des années 2000. Dans ces divers cas, il s'agit toujours de poursuivre l'objectif d'accompagner le patient psychiatrique depuis son domicile (Walker, Thunus, 2020, p. 215 ; Marquis, Susswein, 2020). La multiplication des dispositifs de prise en charge donnant lieu à un « système très spécialisé et stratifié de services » (*ma traduction*, Verhaegen, 1987, p. 50), suggère néanmoins que la désinstitutionalisation aura, en fait, engendré des formes de ré-institutionnalisation. Des recherches récentes portant sur la place et l'histoire de l'institution psychiatrique préfèrent d'ailleurs le terme de « déshospitalisation » (Klein *et al.*, 2018) pour décrire ce phénomène, qui fait écho au passage d'une prise en charge par l'institution « totale » à une prise en charge institutionnelle « partielle » : ménageant des possibilités de sortie pour les personnes concernées, ces initiatives dépeindraient plutôt un processus de « transinstitutionnalisation » (Talbott, 1975) ou de « désinstitutionalisation par degrés » (De Spiegeleir, 2022, p. 205)[57].

À l'aube des années 2010, la Belgique connait une dernière réforme fédérale des soins de santé mentale, communément appelée « Psy 107 » ou « Réforme 107 » (Jacob *et al.*, 2016, p. 735), par référence à l'article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 17 novembre 2008[58]. Dès lors qu'elle est pertinente pour comprendre les dernières innovations en matière de prise en charge des personnes internées au « pénal » et qu'elle concerne directement les terrains ethnographiques que j'ai étudiés, je m'attache maintenant à décrire plus en détail les tenants et aboutissants de cette réforme.

2. Encourager une politique « hors les murs » : la Réforme 107

La Réforme 107 poursuit l'effort de « désinstitutionalisation par degrés » du champ psychiatrique et promeut « la création de réseaux et circuits de soins » (Marquis, Susswein, 2020, p. 8). Elle tend à répondre à des constats alarmants émanant des professionnels du secteur.

[56] Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques du 10 juillet 1990

[57] Les années 2000 sont également marquées par l'entrée en vigueur le 6 octobre 2002 de la *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*. Celle-ci s'adresse à tous les patients et les services de santé belge (qu'il s'agisse de santé mentale ou de santé générale/somatique). La Loi concerne également les patients qui reçoivent des soins sous contrainte. Elle précise en effet ce qu'elle entend par « patient » : « la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non » (art. 2, 1°). Partant, les droits des patients internés sont aussi consacrés dans les dispositions légales de la loi de 2002.

[58] L'article 107 de ladite loi énonce ceci : « Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes ».

Ceux-ci concernent, par exemple, le nombre important de places disponibles en institution (on comptait 1,6 lit disponible en structure hospitalière pour 1,000 habitants), ou encore la durée généralement très longue des séjours en milieu hospitalier pour les personnes avec un diagnostic de trouble mental. Il existe cependant une tension entre, *inter alia*, des responsables politiques qui dénoncent un nombre trop important de lits (la Belgique arriverait en effet en deuxième position après Malte en Europe – la moyenne européenne étant d'1 lit pour 1000 habitants) et des professionnels préoccupés par ce qu'il adviendrait des cas dits « les plus lourds » dans l'hypothèse d'une réduction des places disponibles à l'hôpital (Marquis, Susswein, 2020, p. 9). Pensée de façon pragmatique, la réforme est équipée d'un site Internet bilingue et d'un guide d'une trentaine de pages (« Guide psy107 »), publié en 2010 et disponible dans les trois langues officielles du pays (allemand, français et néerlandais)[59].

A. Un modèle global et des fonctions spécifiques

En vue de bâtir le modèle « global » et intégré de soin qu'elle défend et qui « associe […] l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté » (Guide psy107, p. 10), la réforme 107 prend appui sur cinq fonctions clés qui, en tant que « symbolisation du réseau de services alternatifs » (Jacob *et al.*, 2016, p. 734), doivent être pensées en complémentarité l'une de l'autre[60]. Si, d'essence, la réforme porte sur la santé mentale, elle tente d'adopter une vision holiste des situations particulières qu'elle vise, prenant en compte tous les éléments de l'environnement social de la personne concernée. Lors d'un entretien, un membre[61] du service de la coordination fédérale de la réforme 107 décrit cet enjeu :

> « Les idées principales de la réforme, c'est de travailler en réseau avec toutes les ressources utiles pour l'usager, ça veut dire que là-dedans, la santé mentale occupe une petite place et qu'il y a donc aussi tout ce qui est activité culturelle, sportive, associative, tout ce qui est en lien avec le logement, tout ce qui est réadaptation

[59] www.psy107.be ; « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuit et de réseaux de soins » (2010)

[60] Pour une explication plus détaillée de la philosophie de la réforme, ses enjeux et ses cinq fonctions, *voy*. Fédération services de santé mentale bruxellois francophones, (2012). Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale, *Mental'idées*, Ligue bruxelloise pour la santé mentale, 88-92.; Jacob, B., Macquet, D. et Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, *92*(9), 731–745. https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1550 ; Marquis, N. et Susswein, R. (2020). « Rétablir par le réseau ». Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy107 » (Belgique). *SociologieS*. (en ligne). https://doi.org/10.4000/sociologies.13711 ; Cartuyvels, Y., De Spiegeleir, S. (2022). La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, *88*(1), 75–102. https://doi.org/10.3917/riej.088.0075.

[61] À nouveau, je fais le choix d'invisibiliser la fonction précise ainsi que le genre de la personne interrogée en vue de garantir son anonymat.

> fonctionnelle […] On se rend compte que pour répondre aux besoins des personnes, juste octroyer des soins en santé mentale ou des soins psychiatriques, c'est un peu restreint. Car si la personne reçoit des soins mais que son logement n'est pas décent, effectivement c'est compliqué, si elle n'a pas d'amis, s'il n'y a pas d'activités, qu'elle se retrouve chez elle en dehors du moment où elle va chercher la prescription, on rate quelque chose. […] Quand on évoque les cinq fonctions [de la réforme], en fait, c'est simplement un résumé de tous les services auxquels la personne devrait avoir accès, donc ce n'est pas cinq fonctions scindées, c'est plutôt un mémo pour voir quels sont les services qui doivent être inclus au réseau pour qu'une offre globale et minimale soit assurée […] ». (*Extrait d'entretien, 14 octobre 2020*)

Les cinq fonctions de la réforme peuvent être subdivisées en deux groupes : si les deux dernières permettent toujours une forme d'hospitalisation, les trois premières encouragent la prise en charge *extra-muros* (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 94-95). Dans le guide, les réformateurs rappellent d'ailleurs qu'une des idées fondatrices de la réforme visait « des soins en santé mentale centrés sur la demande [qui] contribueront à éviter autant que possible les admissions en résidence. Toutefois, si l'admission est inévitable, des efforts seront entrepris afin d'écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel » (Guide psy107, p. 4). La réforme n'abolit donc pas l'hospitalisation ou le placement en institution mais n'envisage un recours à ces modalités qu'en dernière instance seulement.

La première fonction concerne essentiellement les missions de prévention et le travail de première ligne. Plus précisément, il s'agit d'axer la prise en charge sur les « activités en matière de prévention, de soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic » (2012, p. 89[62]). L'objectif est de répondre de façon appropriée à la demande « formulée par l'usager ou un tiers » et d'assurer la continuité des soins.

La deuxième fonction encourage la mise sur pied « d'équipes ambulatoires de traitement intensifs » et une prise en charge mobile et intensive en vue d'aider les patients souffrant de troubles mentaux sévères et chroniques depuis leur domicile (2012, p. 90). Cette deuxième fonction incarne à elle seule l'esprit de la Réforme : « promouvoir un glissement d'une psychiatrie hospitalière (avec un modèle centré sur l'offre) vers une psychiatrie communautaire (avec un modèle centré sur la demande) » (Marquis, Susswein, 2020, p. 3). Notons qu'une forme d'offre ambulatoire précédait la Réforme 107 et était déjà exécutée par les services de

[62] Cette information et celles qui suivent, référencées de la même manière, sont issues d'un texte rédigé par la Fédération services de santé mentale bruxellois francophones, (2012). Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale, *Mental'idées*, Ligue bruxelloise pour la santé mentale, 88-92.

santé mentale. À l'aune d'une politique de déshospitalisation croissante sur le sol belge, ces équipes se sont étendues (2012, p. 90). Ceci a notamment permis la création d'équipes mobiles générales et pluridisciplinaires, appelées « équipes 107 », qui ont pour mission de faciliter le travail de prise en charge psychiatrique, à partir de leur milieu de vie, des personnes « malades mentales », dans des situations dites aigües ou chroniques.

La troisième fonction concerne la remise au travail et vise, cette fois, la réhabilitation psychosociale et l'inclusion sociale dans le but de fournir un soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux qui reçoivent un traitement, afin de leur assurer une meilleure réintégration sociale et professionnelle dans la communauté (2012, p. 92). Ce « programme » de réhabilitation inclut « le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté » (Guide psy107, p. 10).

Les quatrième et cinquième fonctions envisagent une forme d'intervention « supplétive en institution » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 95). D'une part, des unités résidentielles intensives de court séjour sont mises sur pied dans le but de traiter les personnes qui se trouvent dans une phase aigüe et qui présentent des troubles graves (Jacob *et al.,* 2016, p. 735). Le guide de la réforme ne précise toutefois pas ce qu'il entend par des séjours de « courte durée ». L'hospitalisation sous-jacente à cette quatrième fonction est prévue en cas de derniers recours quand la possibilité de recevoir des soins et d'être pris en charge *hors les murs* n'est pas indiqué. Les unités résidentielles travaillent en dialogue permanent avec les équipes et dispositifs concernés par les précédentes fonctions (prévention, équipe mobile, équipe de réhabilitation) afin d'optimiser la possibilité de retour à domicile et de réinsertion dans la société. D'autre part, une cinquième fonction prévoit le développement d'*habitats spécifiques* permettant une prise en charge de type résidentiel (initiatives d'habitation protégée, maisons de soins psychiatriques, appartements supervisés, *etc*.) et offrant des programmes individualisés axés sur la réinsertion progressive des personnes concernées en milieu ouvert et tenant compte de leurs besoins d'autonomie (Jacob *et al.,* 2016, p. 736 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 95).

Si le guide de la réforme souligne l'importance de respecter « le libre choix du patient » (Guide psy107, p. 10) et précise que celui-ci est en droit « d'exprimer » des besoins spécifiques (Guide psy107, p. 11), les sociologues Nicolas Marquis et Robin Susswein insistent sur le fait qu'il ne dit pas grand-chose sur la place concrète du patient dans ses interactions avec les soignants et

les services susceptibles de le prendre en charge (2020, p. 4). La réforme 107 dévoilerait, en fait, « une conception particulière du patient et une vision morale de ce qu'est le "bon soin" » (Marquis, Susswein, 2020, p. 2). D'après des membres du service de la coordination fédérale de la réforme 107, cette dernière défend une approche « *bottom-up* » du soin, tentant pour ce faire d'ancrer « les démarche procédurales […] dans les pratiques de soins en santé mentale, faisant ensuite l'objet d'une analyse, d'un questionnement, d'un remaniement » (Jacob *et al.*, 2016, p. 740). Ils précisent par ailleurs que « cette vision *bottom-up* prend en compte les propositions et recommandations des acteurs, dans un souci de participation, d'échange et d'inclusion, sans perdre de vue la philosophie de base inspirée des recommandations de l'OMS et d'une vision centrée sur le rétablissement » (Jacob *et al.*, 2016, p. 740).

Imprégnée de la philosophie du « rétablissement », importée du monde anglo-saxon qui la connait sous l'appellation « *recovery* » (Deegan, 1997 ; Pachoud, 2018, p. 165), la réforme promeut une nouvelle façon de « faire soin » en santé mentale : la perspective du rétablissement tend à déplacer la focale mise sur les symptômes de la maladie mentale vers les compétences et le devenir du patient, traduisant le passage d'une approche biomédicale, axée sur la guérison, vers une approche capacitaire, axée sur les compétences de la personne concernée. Il serait possible de « "sortir de la maladie mentale" sans pour autant attendre que la maladie ait complètement disparu » (Pachoud, 2018, p. 166). Vivre avec le trouble mental et redonner une place au savoir expérientiel du patient, lui permettant de décider « ce qui est bien pour lui » : tel est, en résumé, l'esprit de ce nouveau paradigme.

B. La réforme 107 et l'internement : un pas vers un régime commun ?

Mises en application depuis un peu plus de dix ans, les idées de la réforme ont pénétré tous les services des réseaux et circuits réguliers des soins de santé mentale, mais pas seulement. Un rapide tour sur le site Internet de la réforme 107 permet de découvrir un onglet « internement », qui rassemble une dizaine de documents utiles en la matière, en ce compris une présentation de la loi de 2014, le résumé du projet de cartographie de l'internement[63] et les présentations issues d'un Colloque « soin et internement » organisé en juin 2016[64].

Je terminais le sous-point précédent (voir *supra,* point III.) en soulignant qu'aujourd'hui, les personnes internées (sous la loi de 2014) peuvent poursuivre tout ou une partie de leur libération

[63] Projet ECRI par le SPF Santé Publique et le SPF Justice : https://www.psy107.be/index.php/fr/internering/125-recherche-erci
[64] Pour les informations propres à l'onglet « internement », voy. https://www.psy107.be/index.php/fr/internering

à l'essai dans des structures du secteur de la santé pensées, au départ, pour accueillir n'importe quel bénéficiaire des soins de santé mentale, pourvu qu'il fasse partie du régime général de la psychiatrie. Le constat est que le secteur général de la santé mentale s'ouvre aujourd'hui petit à petit au secteur spécifique de l'internement. Posant à un membre du service de la coordination fédérale de la réforme 107 la question des liens entre la réforme 107 et l'internement, ce dernier insiste sur le fait qu'il faut à tout prix « éviter de créer un dispositif de soins pour les internés qui serait ségrégatif […] ». Et notre interlocuteur de poursuivre :

> « L'idée, ce n'est pas quand quelqu'un est dans l'internement qu'il reste exclusivement dans les dispositifs financés pour l'internement, ça n'a aucun sens […] De toute façon, un jour ou l'autre, cette personne quittera son statut d'interné mais sa maladie ou ses difficultés d'inclusion pourraient rester, donc là, il faut prévoir qu'ils connaissent bien quelles sont les offres de soins, quels sont les partenaires vers lesquels il peut se retourner et demander encore un accompagnement et qu'il ne soit pas avec une connaissance de type '*je suis un interné, donc je vais à l'équipe mobile spécifique interné'*, non ! Il y a effectivement plein d'autres choses proposées et offertes ». *(Je souligne, extrait d'entretien, 14 octobre 2020)*

En 2017, l'association SIMILES, qui a pour mission d'accompagner les familles dont un proche est atteint d'un trouble mental, publie un dossier sur l'internement en vue de donner un éclairage sur la loi du 5 mai 2014, alors récemment entrée en vigueur. Ce court dossier de sept pages est l'un des premiers à résumer la façon dont le sort des « oubliés des annexes psychiatriques de prison » (Lejeune, 2017, p. 11) est progressivement incorporé aux objectifs et aux missions promus par la réforme 107. C'est en 2012, indique le document, soit quatre ans avant l'entrée en vigueur de la loi de 2014, que la question de l'internement devient une préoccupation pour la réforme (Lejeune, 2017, p. 12). L'idée est de « favoriser l'intégration des internés au niveau de la communauté », en tentant de réserver les EDS et l'HPS exclusivement pour les « cas lourds et complexes », permettant ainsi au reste de la population concernée par l'internement d'intégrer le circuit régulier des soins de santé mentale (Lejeune, 2017, p. 12). Le dossier décrit ensuite quelques-uns des nouveaux « dispositifs internés » mis en place afin de « désengorger les annexes » (Lejeune, 2017, p. 14-15). L'un de ces dispositifs n'est autre que l'équipe mobile Trajet de Soins Internés, créée à partir de l'impulsion commune de la deuxième fonction de la réforme 107 et de la notion de « trajet de soins », fil directeur de la loi de 2014 (voir le chapitre 2, point I.).

J'ai annoncé dans l'introduction générale de la thèse que l'enquête ethnographique s'est déroulée au sein de deux unités psychiatriques médico-légales et auprès d'une équipe mobile

TSI. Dans le chapitre suivant, je reviens sur l'émergence et le cadre institutionnel de ces deux dispositifs et décris plus en détail le cadre organisationnel et les logiques de soins et de fonctionnement de ces dispositifs particuliers, à travers l'observation des (non-)lieux de leur intervention et des principaux protagonistes à l'œuvre.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Dans une analyse datant du 28 juin 2018, la section française de l'Observatoire International des Prisons s'interroge sur le système particulier de la défense sociale belge et se demande « que faire des personnes pénalement irresponsables du fait de leur trouble mental mais que l'on considère comme "dangereuses" »[65]. Empruntant un chemin sociohistorique et législatif, ce chapitre a tenté d'apporter des éléments de réponse à cette question.

Au XIX^{e} siècle, une loi « civile » de 1850 marque le début d'un encadrement légal pour « tous les aliénés », indépendamment de leur dangerosité potentielle. Fruit de réformes importantes, celle-ci sera scindée au tournant du XX^{e} siècle pour donner lieu à deux régimes distincts : la prise en charge de la folie criminelle s'autonomise et concrétise le projet de défense sociale, pensé et porté par Adolphe Prins. Quant aux « aliénés ordinaires », le régime de la collocation reste inchangé jusqu'en 1990, époque à laquelle est promulguée une loi relative à la protection des « malades mentaux ».

L'année 1930 consacre dans une loi pénale un régime légal spécial pour neutraliser la dangerosité de certains individus, qu'ils soient « anormaux », délinquants d'habitude ou récidivistes, et participe de la sorte à une première forme de judiciarisation du sort des « aliénés délinquants ». Par cette loi sont créées des commissions de défense sociale, rassemblant magistrats, avocats et psychiatres au sein du même organe de contrôle médicojudiciaire. Partiellement réformée trente ans plus tard, en 1964, la loi de défense sociale continuera à s'appliquer jusqu'en 2016, soit plus de quatre-vingts ans après son entrée en vigueur. Aujourd'hui, en ce début de XXI^{e} siècle, l'internement des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental a remplacé le régime de la défense sociale, tout en conservant sa philosophie et le compromis de départ : mêler soin et sécurité.

La loi de 2014 consacre le régime de l'internement tel qu'on le connait aujourd'hui. Elle judiciarise l'exécution de la mesure et son suivi, avec la mise sur pied des Chambres de protection sociale, faisant partie des Tribunaux de l'application des peines. Ce nouvel organe judiciaire du contrôle de la mesure perd son identité « médicale » en raison de la « sortie » du

[65] Pour lire l'analyse en entier, voy. Marcel, C., (2018), Entre soin et peine : la défense sociale belge, *analyse de l'Observatoire international des prisons, section française*, disponible ici : https://oip.org/analyse/entre-soin-et-peine-la-defense-sociale-belge/

psychiatre, remplacé par un assesseur formé en psychologie clinique. Mais la loi relative à l'internement ne se contente pas de judiciariser la mesure de sûreté, elle attribue également une place centrale au soin et à la prise en charge hors les murs, à travers la notion de « trajet de soins ». Nouveauté en la matière, la notion traduit l'idée d'un parcours d'internement plus souple et dynamique qui, si la mesure reste à durée indéterminée, offre plus de possibilités de sortie et permet de faire progressivement cohabiter le régime spécifique de l'internement avec le régime général et régulier des soins de santé mentale. Le « trajet de soins » fait écho à la réforme 107 qui encourage une prise en charge déshospitalisée portée par un réseau d'acteurs au champ d'intervention pluriel, et qui place le patient et sa famille au centre de ces interventions.

Le panorama sociohistorique proposé dans ce chapitre a mis en évidence les différents lieux d'internement qui, sur près de deux siècles, cristallisent la tension de départ, entre soin et sécurité ; tension qui persiste encore aujourd'hui. Du modèle des « prisons hospices » aux « asiles spéciaux » sont nées les annexes psychiatriques de prison qui ne cessent de défrayer la chronique en raison de leur insalubrité, de leur insuffisance en matière de soin et, partant, de leur non-conformité avec les prérogatives du droit des droits fondamentaux. L'établissement de défense sociale de Paifve, véritable incarnation sur brique du compris de la défense sociale, fait l'objet de critiques similaires. Par le biais d'une métamorphose institutionnelle, de nombreuses autres structures, certaines plus contraignantes que d'autres, sont aujourd'hui concernées par l'internement et accueillent les personnes internées au moment de leur libération à l'essai.

L'analyse sociohistorique des textes juridiques montre également qu'aujourd'hui, le sort des personnes internées jaillit hors du domaine de la défense sociale *stricto sensu* et ce, à au moins deux niveaux. D'une part, on observe plus qu'avant une volonté de faire sortir l'internement de l'institution pénitentiaire et hospitalière. Moins perçu comme une mesure « statique », l'internement peut s'exécuter *extra-muros* et être encadré par les professionnels du soin ; un retour vers de plus petits services, voire même dans le milieu familial, est dorénavant plus nettement envisagé. D'autre part, une volonté apparait de faire sortir l'internement de la sphère pénale ou « para-pénale » en tentant, dans la mesure du possible, d'associer et de confondre les populations concernées avec celle des « malades mentaux non délinquants », objets du régime des soins classiques en psychiatrie et, pourquoi pas, de les associer aux discours et pratiques d'autres champs de l'intervention sociale, par exemple celui du handicap.

Le chapitre suivant fait un pas de plus dans l'analyse des histoires et des discours institutionnels propre aux terrains étudiés. La suite de la thèse, quant à elle, déplie les effets concrets de ces réformes auprès des « soignants » qui les mettent en œuvre au quotidien dans le contexte précis des unités psychiatriques médico-légales et des équipes mobiles TSI. Quelles sont les implications pratiques d'une mesure, qui tente de réunir tout et son contraire, pour les équipes professionnelles qui interviennent auprès de personnes internées ?

CHAPITRE 2

MODÈLES ET CONDITIONS D'INTERVENTION DES TERRAINS D'ENQUÊTE : LES UNITES PSYCHIATRIQUES MEDICO-LEGALES ET LES EQUIPES MOBILES TRAJET DE SOINS INTERNÉS

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

> La réunion clinique hebdomadaire va bientôt commencer à l'unité B. Sur le court chemin que j'emprunte pour me rendre à la salle de réunion depuis le bureau des soignants qui se trouve dans un autre bâtiment, je croise deux patients. L'un d'eux s'adresse à moi et me demande : « Hello mademoiselle ! Alors, vous avez compris ? ». Surprise et amusée de sa question, je lui réponds : « compris quoi ? ». Il enchaine : « bah vous aviez dit que vous essayiez de comprendre ce qu'il se passe ici… donc est-ce que vous avez compris ? ». Je souris et tente une réponse en lui rappelant les raisons de ma présence à l'unité : « mmm en fait, j'essaye de comprendre en quoi consiste le quotidien de l'unité, les différentes activités, à quoi ressemble une journée type… ». Il réagit et me donne directement quelques éléments de réponse : « Ah ok ! Hier, j'ai joué à *Dixit* [un jeu de société] et j'étais *ex-æquo* avec un autre [patient], j'ai même battu la psy ! ». Je le félicite, on rit… sous la drache, nous sommes trempés. *(JT, unité B, 28 juin 2021)*

« Comprendre ce qu'il se passe ici », voici un des premiers défis que je me suis lancé dès mon arrivée au sein des unités psychiatriques médico-légales. À quoi ressemblent ces unités ? Qui sont les principaux protagonistes et que font-ils ? Quel type de relation lie ces personnes entre elles ? Et sur quel modèle de soins les professionnels fondent-ils leurs interventions ? Je propose pour ce deuxième chapitre de donner au lecteur les clés (au figuré !) pour comprendre les logiques de fonctionnement des unités psychiatriques médico-légales (UPML), et, aussi, des équipes mobiles TSI[66], autre versant de l'enquête ethnographique.

Après avoir retracé dans le chapitre précédent l'émergence de la mesure d'internement et la tension sur laquelle elle repose (entre soin et sécurité), je pose à présent un regard sur les terrains de l'enquête et les coulisses de leurs interventions. L'idée est de se familiariser avec les décors, les acteurs et leurs discours, et aussi les règles de ces lieux (ou non-lieux dans le cas de l'équipe mobile TSI ; Lovell, 1996 ; Marques, 2010). Comme l'écrit l'anthropologue américain Paul Brodwin, il s'agit de donner un « *background to practice* » (2013, p. 27), qu'on peut facilement traduire par le « contexte des pratiques ». Plus précisément, je cherche à comprendre quel est le fonctionnement « normal » et idéal-typique de ces lieux et de ces équipes, c'est-à-dire « quand tout va bien ». Ce premier niveau de compréhension permettra de s'intéresser, ensuite, à partir du chapitre suivant, au fonctionnement « réel » et « en situation » de ces terrains : par

[66] Dans ce chapitre, les développements sur l'équipe mobile TSI s'inspirent, pour la plupart, d'un article publié dans la revue d'Archives de politique criminelle : De Spiegeleir, S. (2022). L'internement à l'épreuve de l'ambulatoire en Belgique : le cas des équipes mobiles Trajet de Soin Internés (TSI). *Archives de Politique criminelle*, 2022, 44, 199–213. https://doi.org/10.3917/apc.044.0199.

exemple, quand les façons d'intervenir engendrent des points de friction ou de tension entre les professionnels eux-mêmes et/ou entre les professionnels et les patients.

Les dispositifs à l'étude (UPML et équipe mobile TSI) représentent tous deux des terrains aussi riches qu'inédits. Ils n'occupent cependant pas la même place dans la thèse. Ce choix se justifie par le caractère central de l'immersion au sein des UPML, qui a permis de récolter un matériau empirique très conséquent, et le caractère plus périphérique – mais pas moins intéressant – du suivi de l'équipe mobile TSI. Les conditions matérielles, organisationnelles et spatio-temporelles de l'intervention des unités psychiatriques médico-légales et des équipes mobiles soulèvent de nombreuses questions qu'il serait pertinent d'étudier en profondeur et qui pourraient fait l'objet de travaux à part entière[67]. La Belgique francophone étant une petite communauté à l'instar du « monde de l'internement », je me contente ici de donner un cadrage bref et général en vue de garantir l'anonymat des institutions et des personnes rencontrées.

Si les deux UPML diffèrent sur plusieurs aspects, en particulier au niveau de leur architecture et infrastructure, l'analyse n'a pas vocation à les comparer. Il s'agit plutôt de présenter différentes *variations sur un même thème* ; ici, en l'occurrence, sur un même dispositif (la libération à l'essai dans un établissement psychiatrique). L'objectif est d'examiner les discours et les modes internes de fonctionnement et de dresser les contours du quotidien de ces unités. Mes premières observations ethnographiques servent de base empirique à ce chapitre. Je m'appuie également sur des extraits issus des discours institutionnels, essentiellement récoltés à partir des brochures, des rapports d'activités et des pages Internet des terrains d'enquête, et sur des extraits issus du discours des professionnels, recueillis par le biais d'entretiens.

Pour répondre aux questions que pose ce deuxième chapitre, quatre étapes sont nécessaires. Pour chacune d'elles, et afin de donner du relief à la présentation, j'analyse en parallèle les deux dispositifs, en commençant chaque fois par la scène des UPML, suivie de celle des équipes mobiles TSI. J'entame le chapitre par un rapide cadrage institutionnel des terrains d'enquête, ce qui me permet d'esquisser leurs contextes d'émergence, leurs principales missions et la place qu'ils occupent dans la trajectoire de l'internement (I.). Puis, je me penche sur le cadre matériel de l'intervention à l'intérieur des murs des UPML. Je tente de saisir ce que l'espace fait aux

[67] Voir, par exemple, la thèse en anthropologie d'Aline Chassagne : Chassagne, A. (2017). *La peine et le soin : une enquête sur l'espace et le temps des malades en prison* (thèse de doctorat en sociologie). Université de Bourgogne Franche–Comté ; et la thèse en anthropologie d'Ariane d'Hoop : d'Hoop, A. (2023). *The Slightest Attachment: When Psychiatric Spaces Enact Affinities* (1ère edition). Transcript Verlag: Bielefeld.

interactions. Je fais de même pour les « non-lieux » de la prise en charge par les équipes mobiles TSI (II.). Ensuite, je déplace la focale sur les professionnels, tentant de répondre à la question « qui fait quoi ? » afin de saisir autour de quoi le travail en équipe est articulé (III.). Enfin, je me concentre sur les discours institutionnels et professionnels afin de mettre en lumière les différentes représentations du « soin », telles qu'elles sont véhiculées par les professionnels. Autrement dit, j'essaye de comprendre ce que soigner veut dire pour et par les acteurs des terrains d'enquête (IV.).

I. Des nouveaux dispositifs pour la prise en charge des personnes internées

Les unités psychiatriques médico-légales sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques[68] . Ces unités accueillent des patients internés en libération à l'essai qui proviennent généralement, et selon la trajectoire idéale-typique de l'internement, de prison ou d'un établissement de défense sociale (1.). Les équipes mobiles TSI, quant à elles, ne font pas partie d'un hôpital psychiatrique bien qu'elles y soient institutionnellement rattachées. Ces équipes sont en mesure de suivre n'importe quel patient interné qui en fait la demande, et ce même si ce dernier n'a pas encore pu accéder à la libération à l'essai (2.). À quel moment et pour quelles raisons ces deux dispositifs ont-ils émergé sur la scène de l'internement ? À travers ces deux points, je retrace brièvement la genèse de ces terrains. Je présente également leurs missions principales et précise la place qu'ils occupent dans le « trajet de soins » de l'internement.

1. Des unités psychiatriques médico-légales pour « vider les annexes »

En Belgique, de grands « asiles » émergent progressivement à partir de la seconde moitié du XIX^{e} siècle (Majerus, Roekens, 2018). Mis sur pied notamment pour défendre la sécurité publique, les « asiles » sont, à cette époque, placés sous la tutelle du ministère de la Justice (Majerus, Roekens, 2018, p. 13). Toutefois, ils ne partagent pas tous la même histoire[69]. La loi du 18 juin 1850 relative au « régime des aliénés », en vigueur à cette époque (voir le chapitre 1, point I.), permet une gestion privée (par des organismes) et publique (par l'État) des asiles. Bon nombre d'institutions psychiatriques sont créées sous l'impulsion de congrégations religieuses (catholiques)[70] ; l'État belge n'intervient alors que pour « contrôler le fonctionnement des asiles gérés par le personnel religieux » (Majerus, Roekens, 2018, p. 14). Dans d'autres cas, on observe un « partage de compétences » entre l'État, les autorités communales et les congrégations religieuses (Majerus, Roekens, 2018, p. 15). Les asiles peuvent déjà, à l'époque,

[68] Je choisis d'utiliser le terme générique d'« hôpital psychiatrique » afin d'englober toutes les déclinaisons terminologiques utilisées en Belgique francophone, à savoir : « clinique psychiatrique », « centre hospitalier », « centre psychiatrique », « centre neuropsychiatrique ». Cette démarche me permet également d'anonymiser les établissements auxquels appartiennent les deux unités concernées (l'unité A et l'unité B).

[69] Pour plus d'informations sur l'histoire (des institutions) de la psychiatrie en Belgique, *voy*. par exemple : Majerus, B. (2013). *Parmi Les Fous. Une Histoire Sociale de La Psychiatrie Au XXe Siècle*. Presses universitaires de Rennes. ; Vermeylen, J., Schouters-Decroly, L. (Eds.) (2001). *Hors Les Murs ! Naissance de La Psychiatrie extrahospitalière. L'équipe : Histoire et Philosophie.* Groupe secteur recherche ; Cassiers, L. (2002). Cinquante Années de Psychiatrie à l'UCL. Dans J.–J. Haxhe, *Cinquante Années de Médecine à l'UCL 1950–2000* (Recueil de mémoires coordonné par Jean–Jacques Haxhe, pp. 410–416). Édition Racine.

[70] Parmi celles-ci, on retrouve différents ordres religieux : les Frères de la Charité, les Alexiens, les Sœurs de la Charité, *etc*. (*voy*. Majerus, Roekens, 2018).

accueillir plusieurs centaines de patients : chacun dispose d'un lit dans un dortoir (Majerus, Roekens, 2018, p. 15). Le « lit psychiatrique » est d'ailleurs rapidement devenu « une unité quantitative » en ceci qu'il « sert à exprimer la dimension d'un hôpital » (Majerus, 2011, p. 105). Aujourd'hui encore, il n'est pas rare de faire mention du « nombre de lits » pour décrire le taux d'occupation d'un service hospitalier, on parlera d'ailleurs de « réduire », de « vider » ou de « libérer les lits » (Rhodes, 1991 ; Majerus, 2011 ; Mougeot, 2019) au moment des premières réformes de la psychiatrie.

Les « asiles » de l'époque hébergent en grande partie des personnes « colloquées », c'est-à-dire hospitalisées de force (selon les termes de la loi de 1850 ; voir le chapitre 1, point I.). Des décennies plus tard, à partir des années 1950, les compétences en la matière glissent peu à peu des mains du ministère de la Justice pour se rattacher au ministère de la Santé publique[71]. Au niveau de l'architecture, si certains de ces hôpitaux sont déjà organisés sous la forme d'un « complexe pavillonnaire » (Majerus, Roekens, 2014, p. 39), la disposition la plus répandue reste la formule du dortoir avec des dizaines de lits. La seconde moitié du XX^{e} siècle marque progressivement l'apparition des premières « unités de soins » qui remplacent les grandes salles de dortoirs et dans lesquelles les patients disposent d'une prise en charge spécifique et adaptée[72].

A. L'internement « de défense sociale » à l'hôpital psychiatrique

Lors d'un entretien, le psychiatre d'une UPML retrace rapidement l'émergence des premiers « lits pour les internés [de la défense sociale] » au sein de l'hôpital psychiatrique dans lequel il exerce. À partir des années soixante, alors que la mesure d'internement est régie par la loi de défense sociale de 1930, modifiée en 1964 (voir le chapitre 1, point II.), quelques lits pour des séjours de longue durée sont désormais réservés aux personnes internées. Il faut attendre l'année 2001, soit près de quarante années plus tard, pour voir apparaitre une première unité psychiatrique médico-légale en Belgique francophone. Celle-ci accueille exclusivement des

[71] C'est le cas par exemple du « Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers » à Tournai, qui fut institutionnellement rattaché au ministère de la Santé Publique en 1951, après une quinzaine d'années sous tutelle du ministère de la Justice.

[72] À défaut de trouver des sources historiques précises qui attestent du passage des dortoirs aux unités de soins, les ouvrages principaux sur l'histoire (des institutions) de la psychiatrie (voir *supra*) et les sites Internet et brochures des hôpitaux psychiatriques en Belgique permettent de situer ce changement à partir de la seconde moitié du XX^{e} siècle. Voy. Majerus, B. et Roekens, A. (2014). Espaces psychiatriques, espaces religieux. Dans A. Roekens, *Des murs et des femmes. Cent ans de psychiatrie et d'espoir au Beau-Vallon* (pp. 35-52). Presses universitaires de Namur.

personnes sous mesure d'internement en libération à l'essai présentant un « risque moyen de récidive » (« *medium risk* »).

Cette première unité hospitalière pour les personnes internées est créée suite à un appel à « projet pilote » émis par le ministère de la Santé publique[73]. L'idée est d'octroyer un budget particulier pour la mise sur pied de « lits hospitaliers avec un encadrement spécifique » pour les patients internés. 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 ; voir le chapitre 1, point III, 2., B.), la création d'UPML a pour but de « vider les annexes » et de favoriser l'insertion des personnes internées dans le circuit régulier des soins de santé mentale.

À la suite de la création des premières unités médico-légales sont lancés d'autres appels à projet du même genre, également émis par le ministère de la Santé publique, afin de « diversifier l'offre de soins » et de « fluidifier le trajet de l'interné tout en intégrant le modèle de la réforme des soins en santé mentale [la réforme 107] »[74]. Ceci permet la création de nouvelles unités médico-légales, toujours à l'attention des personnes internées « *medium risk* » en libération à l'essai.

S'inscrivant dans la lignée des objectifs de la Réforme 107 (2010 ; voir le chapitre 1, point IV.), les UPML ont mis sur pied toute une série de collaborations avec des « partenaires ». D'autres structures de soins réservent à présent quelques lits pour les personnes internées en libération à l'essai : par exemple, les maisons de soins psychiatriques (MSP) qui sont rattachées institutionnellement à l'hôpital psychiatrique qui hébergent une UPML, ou encore les initiatives d'habitations protégées (IHP), faisant partie du même « projet TSI », sans oublier la création d'équipes mobiles « 107 » ou TSI.

---

[73] À la même époque, d'autres UPML pour patients internés *medium risk* en libération à l'essai sont également mises sur pied en Belgique néerlandophone : « In 2001 werden in drie Vlaamse instellingen forensisch psychiatrische afdelingen opgericht (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate en Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek). De afdelingen worden 'medium security' afdelingen (MSA) genoemd, refererend naar hun beveiligingsniveau. », *voy*. Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, Ampe, M., Grouwels, Y., De Varé, J., Oei, T.I., Groenhuijsen, M. et Bogaerts, S. (2015). Forensische pilootprojecten 'medium security': Incidenten tijdens behandeling van geïnterneerden ressorterend onder CBM Gent. *Panopticon: Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch Welzijnswerk, 36*(1), p. 27. http://hdl.handle.net/1854/LU–5847199

[74] « Présentation du projet inscrit dans le cadre du plan pluriannuel du gouvernement fédéral pour les internés » pour la province de Liège (Liaison TSI Liège-Verviers CLIPS – IHP Fagnes-Ardenne – ISoSL CHS L'Accueil Lierneux – ISoSL Secteur santé mentale Liège – SIAJEF – UTE AIGS) (2007-2012) : https://www.provincedeliege.be/sites/default/files/media/7780/pps%20version%20simplifi%C3%A9e%20-%20Nouvelle%20version%206-5-2015.pdf

En 2012, six réseaux et circuits de soins pour personnes internées ont été mis sur pied sur tout le territoire belge, un par ressort de Cour d'appel, dans le but de favoriser l'insertion des personnes internées dans le circuit régulier des soins de santé mentale et dans la société (Darcis, Thunus, 2020, p. 3). Pour assurer la bonne mise en œuvre des « projets TSI », deux coordinateurs ont été engagés pour chacun des six réseaux : un coordinateur « soin » ou « TSI », recruté par le ministère de la Santé Publique, et un coordinateur « justice » ou « circuit soin de santé externe » recruté par le ministère de la Justice (Darcis, Thunus, 2020, p. 3). Ils travaillent en binôme : le premier veille principalement à la bonne intégration du TSI à la réforme générale des soins de santé mentale (Réforme 107) ; quant au second, sa principale mission est de « rechercher les possibilités de signer des accords de coopération avec [des] établissements de soins afin que ceux-ci s'engagent à accueillir des internés » (Nederlandt, Vansiliette, *in Nederlandt et al.,* 2018, p. 110), conformément à ce que la loi du 5 mai 2014 relativement à l'internement prévoit (art. 83[75]). Le coordinateur justice veille également au développement du TSI pour les détenus internés.

Du côté du ministère de la Justice, un « master plan » est élaboré en 2016, avec pour objectif « de sortir tous les internés des annexes psychiatriques des prisons d'ici 2019 » (Nederlandt, Vansiliette, *in Nederlandt et al.,* 2018, p. 115). Pour ce faire, le *master plan* prévoit diverses mesures et souligne l'importance d'intégrer les personnes internées au régime général de soins de santé mentale. À ce propos, le rapport de la DGEPI de 2016 insistera sur le fait que « le passage de ceux-ci [les « internés »] vers le circuit de soins externes reste une gageure »[76] et précisera que des équipes mobile Trajet de Soins Internés ont également été mises sur pied afin de « promouvoir la transition vers le circuit de soins classique et offrir un soutien aux internés » (rapport 2016, p. 29). En parallèle des tentatives pour faire de l'internement « pénal » une problématique de santé mentale, le *master plan* prévoyait la création de deux centres de psychiatrie légales en Flandre[77], à Gand et à Anvers, qui, s'ils s'avèrent être au départ des institutions de soins, présentent, quant à eux, un haut niveau de sécurité. Ces centres, nous dit

[75] « Dans chaque ressort de cour d'appel, il est désigné un coordinateur "circuit de soins externe". Les coordinateurs "circuit de soins externe" développent au sein de leur ressort de cour d'appel toutes les initiatives qui permettent d'améliorer l'accueil des personnes internées et de promouvoir la collaboration entre la Justice et le secteur des soins. » (art. 83, loi du 5 mai 2014)

[76] Pour lire le rapport en entiers : Direction générale des Établissements pénitentiaires, Rapport annuel 2016 : https://justice.belgium.be/sites/default/files/bat_ra_2016_fr_light.pdf

[77] Ces deux centres sont aujourd'hui fonctionnels. La construction de deux autres centres de psychiatrie légale est prévue en Wallonie ; voir le chapitre 1 ; et *voy*. Cartuyvels, Y., Champetier, B. et Wyvekens, A. (2010). *Soigner ou punir. Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

le rapport de 2016, visent à « préparer au mieux une transition efficace des internés vers le circuit de soins externes » (rapport 2016, p. 28). Dans le cas précis des unités médico-légales, le *master plan* traduit surtout une augmentation du nombre de lits disponibles : à titre d'exemple, l'unité B a depuis lors quasiment doublé sa capacité d'accueil pour les patients internés libérés à l'essai.

À l'heure actuelle, il n'est pas évident de cartographier le nombre exact d'UPML implantées en Belgique francophone (Nederlandt, Vansiliette, *in Nederlandt et al.*, 2018, p. 107). La difficulté réside dans la façon dont les hôpitaux psychiatriques nomment et décrivent leurs unités de soins : il n'est pas toujours explicitement indiqué si les bénéficiaires de telle ou telle unité font l'objet d'une mesure d'internement et s'ils sont libérés à l'essai, selon les termes de la loi de 2014. Néanmoins, un rapide coup d'œil sur les sites Internet des principaux hôpitaux psychiatriques permet d'avancer qu'il existerait, à ce jour, au moins quatre UPML dans le paysage belge francophone[78].

Les brochures des unités ainsi que les entretiens exploratoires menés auprès des professionnels qui y travaillent dressent un premier portrait de la patientèle concernée. Les deux UPML étudiées hébergent chacune une trentaine de patients. On observe une très grande majorité d'hommes. Dans son ensemble, la patientèle des UPML est décrite comme « éclectique » par les équipes professionnelles, tant au niveau des pathologies rencontrées qu'au niveau des faits commis. Le patient interné idéal-typique présente un diagnostic primaire de psychose, qui peut se combiner avec d'autres diagnostics secondaires (trouble de la personnalité, assuétude, TDAH[79], *etc*.). Ne peuvent résider à l'UPML les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), ni les personnes présentant comme diagnostic primaire un trouble de la personnalité, qui se manifeste par des traits antisociaux, psychopathiques, *etc*. Les unités sont francophones et admettent donc des patients capables de parler français.

Les UPML se dotent également de lits supplémentaires pour les patients présentant un « double diagnostic ». Dans ce contexte, il s'agit principalement de personnes combinant un diagnostic de « handicap mental » (par exemple, un retard mental) et un diagnostic de trouble mental

[78] Par souci d'anonymat pour les UPML investiguées, je ne dévoile pas les noms des quatre unités concernées en Belgique francophone.
[79] TDAH vaut pour Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

(psychose)[80]. Les types de faits infractionnels[81] varient, allant du simple vol aux tentatives de meurtre et de parricide, en passant par des faits de harcèlement, de coups et blessures ou encore des incendies criminels. Les hôpitaux psychiatriques auxquels sont rattachées les UPML accueillent d'autres « publics cibles », également regroupés au sein d'unités de soins : par exemple, des unités spécialisées en alcoologie, des unités pour jeunes et adolescents présentant des troubles de l'agressivité ou encore des unités accueillant des personnes faisant l'objet d'une « mise en observation », selon les termes de la loi « civile » du 26 juin 1990 (voir le chapitre 1, point IV., 1., A.). La patientèle variée de ces hôpitaux est amenée à se croiser, parfois dans les murs, parfois simplement dans le parc ou le jardin avoisinant (voir *infra*).

Depuis les années 2000, la multiplication des « lits pour internés » à l'hôpital psychiatrique (notamment au sein des UPML) mais aussi dans d'autres structures résidentielles (MSP, IHP) témoignent de la volonté des politiques, tant du côté de la Santé publique que du côté de la Justice, de s'attaquer au « problème » des annexes psychiatriques de prison. Très récemment, à l'automne 2021, une nouvelle « unité de soins intensifs en psychiatrie » (USIP) pour des patients et des patientes en libération à l'essai a vu le jour. Également rattachée à un hôpital psychiatrique, celle-ci a la particularité d'offrir une prise en charge intensive pour les personnes internées « en crise ». Cette nouvelle unité s'inscrit comme un nouveau maillon du trajet de soins et se place en amont du passage par les UPML, censées accueillir des personnes plus stabilisées.

B. Une place « d'entre-deux » dans le trajet de soins

J'ai présenté dans le premier chapitre de la thèse le parcours idéal-typique du trajet de soins de l'internement (voir le chapitre 1, point III., 2., C.). En résumé, celui-ci consiste en trois principales étapes : le placement (dans des institutions « *high security* »), suivi d'une libération à l'essai résidentielle (qui prend place dans des structures hospitalières « *medium security* ») et, enfin, d'une libération à l'essai dite « ambulatoire » (qui prend place dans des structures « *low*

[80] Les deux UPML investiguées disposent chacune, au moment de l'enquête de terrain, de deux lits dans une autre unité de leur hôpital respectif pour les personnes internées en libération à l'essai présentant un double diagnostic, spécifiquement« un handicap mental et un problème de santé mentale ».

[81] Depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2014, seules les personnes ayant commis des faits graves, c'est-à-dire portant atteinte à l'intégrité psychique ou physique d'une autre personne, sont susceptibles de faire l'objet d'une mesure d'internement. Auparavant, sous le régime de 1930, même après les modifications de 1964, un simple vol de vélo pouvait mener à l'internement. Aujourd'hui, dans les UPML, il n'est pas rare de croiser des patients qui ont été internés avant la nouvelle loi de 2014, soit sous le régime de la défense sociale de 1930 : ceux-ci ont généralement commis des infractions d'une moindre gravité.

security »)[82]. Structures hospitalières et résidentielles par définition, les UPML constituent la deuxième étape du trajet de soins dans le cadre de la libération à l'essai. L'étape intermédiaire passée en UPML s'apparente à un sas « liminaire » et contrasté dans le trajet de soins des personnes internées : sorte d'« entre-deux » (Troisoeufs, 2020), il se situe après un passage en prison et avant la réinsertion, la personne internée n'y étant pas incarcérée, ni définitivement libérée. La position des UPML dans le trajet de soin cristallise la tension de départ, entre soin et sécurité. On verra dans les parties suivantes de la thèse de quelle manière les équipes professionnelles gèrent, en situation, les deux versants de la mesure d'internement.

Les séjours en UPML durent, en théorie, une année et demie. En pratique, cependant, il arrive que des patients y restent plus longtemps, passant parfois plus de trois années complètes au sein de l'unité. Le passage par ce genre d'unités reste relativement court sur un parcours total d'internement qui peut, quant à lui, s'étaler sur des dizaines d'années. Les brochures et pages Internet des différentes unités psychiatriques médico-légales donnent beaucoup d'informations sur l'organisation interne de ces unités et sur le « projet thérapeutique » qu'elles tentent de mettre en place, ses objectifs et les étapes qu'il est nécessaire de franchir pour sa réalisation : « élaborer des projets de vie tenant compte des ressources des patients », « aider le patient à retrouver un maximum d'autonomie et un mieux-être au quotidien », « stabilisation clinique » ou encore « réinsérer les patients dans la société »[83]. Le temps dans les murs est lui aussi divisé en phases dont la dénomination et la durée diffèrent d'une unité à l'autre. Celles-ci recouvrent généralement une phase d'accueil, une phase de « mise en activité » et d'autonomisation, ainsi qu'une dernière phase de préparation du projet de sortie et de réinsertion (voir le chapitre 4). Sorte de « tunnel transformatif », les unités visent à rendre la personne internée « autonome » et à nouveau « capable » en vue de sa réinsertion sociale (voir le chapitre 5).

2. Des équipes mobiles Trajet de Soins Internés : de l'ambulatoire dans l'internement

J'ai déjà évoqué dans le chapitre précédent qu'à partir des années septante, plusieurs réformes successives ont marqué le paysage belge de la psychiatrie dans un but de « déshospitalisation » (voir le chapitre 1, point IV., 2., B.). Parmi celles-ci, la réforme 107 a permis *inter alia* la

[82] Pour rappel, le parcours du TSI tel que je l'ai catégorisé représente un modèle « simplifié » et généralisé des parcours d'internement observés en pratique. Il existe de nombreux phénomènes de *revolving doors* (de « portes tournantes ») qui signifient qu'un patient réintègre à plusieurs reprises un même lieu d'internement après l'avoir quitté suite, par exemple, à une « rechute » ou à la commission de nouveaux faits illicites.
[83] Ces extraits sont issus des brochures de plusieurs UPML.

création d'équipes mobiles pluridisciplinaires à vocation généraliste, communément appelées « les équipes 107 ». Pour rappel, la réforme 107 vise à pallier la chronicité des séjours résidentiels en psychiatrie, encourageant notamment une prise en charge ambulatoire. Suivant la même logique et faisant écho aux dernières réformes légales en matière d'internement (la loi mort-née de 2007 puis la loi de 2014 ; voir le chapitre 1, point III., 1. et 2.), des « équipes mobiles Trajets de Soin Internés » (TSI), prévues spécifiquement pour le suivi des personnes internées, ont vu le jour dès les années 2010.

A. Une prise en charge ambulatoire non-contraignante pour les personnes internées

Ces équipes mobiles TSI, destinées à assurer le suivi ambulatoire des auteurs d'infraction pénale ayant fait l'objet d'une mesure d'internement, sont venues compléter l'offre mobile de soins en santé mentale, jusque-là très limitée pour les personnes internées. Le paysage de l'internement est en effet depuis longtemps dominé par une prise en charge essentiellement résidentielle. Véritable figure du « tournant ambulatoire » (Vidal-Naquet, 2019, p. 43) que connait la prise en charge psychiatrique depuis la seconde moitié du XX^{e} siècle (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 93-94), l'équipe mobile TSI se donne pour mission d'accompagner sur une base volontaire la personne internée en vue de la construction d'un projet de libération à l'essai d'une part, et d'un projet de réinsertion sociale, d'autre part, ainsi que de la consolidation d'un réseau de soins autour de la personne. Elles visent également à soutenir les réseaux d'intervention et autres institutions qui agissent auprès de personnes internées (voir *infra*).

Le recours à une équipe mobile TSI a ceci de particulier qu'il n'est pas inscrit tel quel dans la loi de 2014 et qu'il ne peut jamais figurer, en théorie à tout le moins, dans les conditions légales que la mesure impose, notamment au moment de la libération à l'essai. L'équipe mobile désire inscrire son intervention dans le régime de « l'aide volontaire ambulatoire », revendiquant une prise en charge *extra-muros* qui nécessite en amont le consentement de la personne. La création de ces équipes a pour vocation la déstigmatisation et l'inclusion des personnes internées, en tentant d'intégrer celles-ci au secteur régulier des soins de santé mentale et en privilégiant, à l'instar des UPML, le libellé « patient psychiatrique » sur l'étiquette de « détenu interné ».

L'équipe mobile TSI peut intervenir auprès de toute personne sous « statut d'internement ». Elle n'admet aucun critère d'exclusion, aussi longtemps que la personne ne présente pas de danger potentiel pour les professionnels : « on ne refuse personne par rapport au délit ou à la pathologie », précise Sacha, référent d'antenne. En outre, le travail des équipes mobiles TSI est organisé autour d'un critère de territorialité. C'est en effet le lieu où le « projet de réinsertion »

de la personne prendra place qui détermine quelle équipe sera la plus pertinente pour le suivi. Par exemple, si une personne internée est hospitalisée au sein d'une unité psychiatrique médico-légale de la région de Namur mais désire entreprendre un projet de vie depuis un appartement supervisé à Bruxelles, l'antenne TSI de la Capitale sera désignée comme l'équipe la plus compétente. Si, d'un point de vue managérial, ce critère de territorialité vise essentiellement à répartir les demandes de suivi entre toutes les antennes et les équipes TSI, il a été pensé, en pratique, pour tenter de maintenir un réseau d'intervenants géographiquement proches de la personne. De plus, ce critère ne restreint pas le champ d'action de l'équipe qui se rend régulièrement sur tout le territoire belge francophone (et parfois même néerlandophone et germanophone) afin de rencontrer la personne et de l'accompagner dans son projet.

Contrairement aux UPML, il est très facile de recenser les équipes mobiles TSI en Belgique francophone : on compte trois équipes mobiles TSI réparties entre les trois ressorts judiciaires des Cours d'appel (la Cour d'appel de Bruxelles, celle de Mons et celle de Liège). Chaque équipe est constituée de deux « antennes », couvrant chacune un territoire bien délimité. Au total, on dénombre à l'heure actuelle six antennes TSI qui correspondent en pratique à six « petites équipes ». Dans la thèse, pour parler de l'antenne TSI auprès de laquelle j'ai mené mes observations, j'utiliserai le terme générique d'« équipe mobile » afin de faciliter la lecture et la compréhension du texte. Ces équipes travaillent sous le contrôle du coordinateur (ou de la coordinatrice) « soin/TSI » recruté-e par le ministère de la Santé publique (voir *supra*) dont le rôle est de « fluidifier les trajets de soins pour les patients internés » en tentant de « mettre en contact les différents partenaires de soins » et de « travailler le lien avec le réseau 107 » et les équipes plus généralistes qui en font partie (extrait d'entretien avec un coordinateur TSI). Si elles revendiquent une forme d'autonomie dans leur pratique, chaque antenne est institutionnellement rattachée à un hôpital psychiatrique, « porteur du projet TSI » et localisé dans le périmètre du ressort de la Cour d'appel concernée. Un médecin-psychiatre dudit hôpital est associé à l'équipe en tant que « responsable du projet TSI » mais ne participe pas aux réunions ni aux interventions. Durant les huit mois d'enquête ethnographique, l'équipe mobile TSI que j'ai rencontrée a discuté de trente-huit situations de personnes internées (trente-cinq hommes et trois femmes), dont deux-tiers environ étaient en libération à l'essai[84].

[84] Le nombre de personnes en libération à l'essai a pu varier pendant mes observations. Il est arrivé qu'une des personnes internées suivie par l'équipe mobile TSI soit « révoquée » (ce qui se traduit généralement par un « retour à la case prison »), ou, au contraire, qu'une personne placée dans un EDS ou temporairement dans l'annexe psychiatrique d'une prison accède à la libération à l'essai. Enfin, il est parfois arrivé que l'équipe mobile TSI arrête son suivi auprès d'une personne internée quand celle-ci était libérée définitivement : l'équipe procédait alors à une « passation » vers une « équipe mobile 107 ».

B. Une place tout au long du trajet de soins

À l'inverse des UPML, l'intervention des équipes mobiles TSI, plus ponctuelle, peut s'intégrer à toute la trajectoire du parcours d'internement, c'est-à-dire à partir de n'importe quel stade du trajet de soins. Si l'équipe peut intervenir sur une période de temps déterminée (par exemple, dès l'arrivée en libération à l'essai, ou seulement pendant la durée du placement au sein d'une annexe psychiatrique de prison), elle peut également suivre le patient interné aussi longtemps qu'il l'estime nécessaire, en ne tenant pas compte du type d'institution à laquelle il est rattaché.

Lors d'un entretien groupé, un infirmier et un référent d'équipe mobile TSI m'expliquent que le travail de l'équipe s'articule autour de deux moments-clés. Une « mission de liaison » vise, d'abord, à créer un lien avec la personne internée et avec l'institution sécurisée dans laquelle celle-ci est placée et enfermée. En général, il s'agit des lieux appartenant au premier stade du trajet de soins. « Créer un lien » avec la personne internée est l'étape initiale et indispensable au suivi. C'est au cours d'un premier « entretien de candidature », prenant place dans un des lieux précités, que le suivi peut commencer. Cette première rencontre fait office d'introduction au travail et aux missions de l'équipe et permet aux professionnels de déterminer si la personne est réellement « demandeuse du suivi » et de lui faire signer un « formulaire de consentement » qui leur permettra d'avoir accès aux « pièces juridiques », à l'exposé des faits commis, et au dossier médical de la personne.

Ensuite, dès la libération à l'essai débute une « mission d'*outreaching* » en vue de préparer, cette fois, la réinsertion. Dans ce cadre, l'accompagnement est ponctué de rencontres et « d'entretiens de suivi » qui ont lieu en moyenne une fois par mois. L'objectif de cette double mission est l'accompagnement de la personne dans la construction d'un trajet de soins adapté afin d'éviter la révocation, qui se traduit souvent par un « retour à la case prison » (en cas de non-respect répété des conditions légales ou d'un nouveau passage à l'acte) et par la réincarcération ou la ré-hospitalisation de la personne. « Il faut toujours penser à préparer l'après », m'explique Elias, un autre référent d'antenne.

Dans les faits, les entretiens et les observations réalisés montrent que la majorité des demandes de suivi proviennent de personnes internées placées temporairement au sein d'annexes psychiatriques de prison, voire même en régime cellulaire avec les détenus de droit commun. Le recours à une équipe mobile intervient donc très tôt dans le parcours d'internement. Enfin, en aval de la mesure, quand la libération définitive est prononcée, l'équipe mobile TSI dispose d'une période de trois mois, renouvelable une fois, pour « clôturer » le suivi et procéder à une

« passation » vers une équipe 107. Une fois libérée de la mesure judiciaire, la personne pourra continuer à bénéficier d'une prise en charge ambulatoire tombant sous le régime régulier des soins de santé mentale.

II. Dans et hors les murs : les (non-)lieux de l'intervention

> « Signe de leur caractère enveloppant ou totalitaire, les barrières qu'elles [les institutions] dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts murs, barbelés, falaises, étendues d'eau, forêts ou landes. Ce sont ces établissements que j'appelle « institutions totalitaires » […] ».
> (Goffman, 1968 [1961], p. 46)

À première vue, les unités psychiatriques médico-légales font écho à la définition goffmanienne de l'institution « totale » ou « totalitaire ». On imagine des espaces clos, coupés du monde, soumis aux mêmes « obstacles matériels » que Goffman décrit ; le tout régulé par un degré élevé de contrainte. Toutefois, on l'a vu, ces unités spécifiques émergent au tournant du XXI^{e} siècle, soit près de cinquante ans après l'œuvre majeure du sociologue américain, et dans un contexte social où le recours à l'enfermement total et carcéral des personnes internées est de plus en plus dénoncé. Dans ce deuxième point, je plante le décor des UPML et tente de décrire ce que les conditions matérielles de ces lieux font aux relations sociales qui s'y déploient (1.). De par son caractère ambulatoire, les frontières spatiales et matérielles de l'intervention de l'équipe mobile TSI sont plus éparses. Je montre, dans un second temps, le double caractère « interstitiel » de son intervention (2.).

1. À l'intérieur des murs des UPML

Les deux UPML investiguées appartiennent à deux hôpitaux psychiatriques distincts localisés sur le territoire de la Belgique francophone. L'une est née de la volonté de particuliers qui désiraient prendre en charge les « laissés pour compte » ; l'autre, d'une congrégation religieuse qui s'est progressivement étendue dans toute la Belgique (voir *supra,* point I.).

L'unité A est située au premier étage d'une institution psychiatrique, elle-même établie dans le centre d'une grande ville. Entourée d'habitations urbaines, de transports en commun et de commerces en tout genre, l'établissement et son parc passent relativement inaperçus. L'unité B, quant à elle, entourée de prairies, est située au grand air et occupe deux bâtiments de plein pied sur le site de l'hôpital psychiatrique auquel elle est rattachée. Seules quelques habitations

rurales bordent le « complexe » psychiatrique. À l'heure où j'écris ces lignes, les deux unités font l'objet de travaux importants de rénovation, à l'instar d'autres unités psychiatriques du même type en Belgique francophone. De nouvelles constructions verront le jour d'ici deux ans dans un souci de « moderniser l'hôpital » et d'offrir « un cadre de vie et de travail plus agréable et adapté ».

A. Des régimes d'ouverture différents

Aux premiers abords, l'unité A semble fonctionner selon un régime plus fermé que l'unité B. En effet, deux entrées distinctes permettent d'accéder à l'unité A : l'une est réservée aux professionnels et s'ouvre grâce au badge électronique dont ils disposent ; l'autre est destinée aux patients et s'ouvre à condition qu'ils en fassent la demande (ces derniers doivent sonner et s'annoncer). Ils doivent également passer un portique de sécurité, contrôlé par des employés d'une société privée de gardiennage. Hugo, psychologue dans cette unité, m'explique que c'est suite à un incident, survenu quelques années auparavant, que le système d'accès a été durci, ne permettant plus aux patients d'entrer dans l'unité sans passer sous un détecteur de métaux. L'unité B, mise sur pied une dizaine d'années plus tard, revendique un régime plus ouvert : un système de portes automatiques toujours ouvertes, sauf la nuit, permet l'accès tant aux professionnels qu'aux patients. Il n'est donc pas nécessaire d'être muni d'un badge ou de clés pour y entrer. Ville et portes fermées d'un côté, campagne et portes ouvertes de l'autre, les deux unités semblent présenter des différences majeures. On pourrait avancer sans trop de difficultés que la situation géographique et la différence de régime ont une incidence sur les pratiques des équipes professionnelles. Les observations menées *intra-muros* suggèrent tout le contraire : à l'intérieur des murs, si les infrastructures diffèrent légèrement, les activités sociales tendent à répondre aux mêmes règles et révèlent, dès lors, un même quotidien. Avant d'examiner ceci plus en détail (voir *infra,* point III.), je passe d'abord les portes des deux unités afin de brièvement rendre compte des lieux et de l'ambiance qui conditionnent le quotidien de la libération à l'essai[85].

B. Passer les portes des UPML, comprendre l'agencement des espaces

Le 3 mars 2021, je fais mes premiers pas à l'unité A. Les hôpitaux psychiatriques se sont progressivement rouverts au monde extérieur, la crise sanitaire mondiale du Covid19

[85] Pour une réflexion détaillée sur les portes en psychiatrie, *voy*. Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses, 82*(1), 95-119. https://doi.org/10.3917/gen.082.0095 ; d'Hoop, A. (2021). The Moral Life of Doors in an Open Psychiatric Center. *Medical Anthropology, 41*(1), 67-80. https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1992404

connaissant un léger apaisement grâce aux tout premiers efforts de vaccination. L'unité et l'hôpital psychiatrique dont elle fait partie ont accepté que j'y mène des observations et des entretiens jusqu'en décembre 2021. Pendant les premières semaines, je disposais uniquement d'un « badge visiteur » qui ne me permettait pas d'ouvrir les portes de l'unité, ni de me balader librement dans l'enceinte des bâtiments et de son jardin. À chacune de mes visites, je devais donc compter sur un membre de l'équipe soignante pour entrer et sortir, à l'instar des patients qui y résident.

Arrivée par l'entrée des professionnels, je longe un petit couloir qui donne sur un premier bureau qui sert parfois de lieu de consultation aux médecins-psychiatres, parfois aux criminologues, et sur la « salle baignoire ». Deux tableaux d'affichage indiquent le règlement d'ordre intérieur de l'unité et des informations générales concernant, par exemple, les règles liées à la gestion du Covid19. J'arrive très vite dans le couloir principal de l'unité bordé de plusieurs « chambres »[86] prévues pour trois ou quatre patients. Tout à gauche figurent les bureaux de l'assistante sociale et du chef-infirmier ainsi que la salle d'apaisement qui est composée d'un lit, d'une télévision, de deux chaises et d'une table. Un « bureau des soignants », vitré, de forme hexagonale, offre une vue sur toute l'unité. Muni de tables, d'ordinateurs, d'un chariot à médicaments et des dossiers papier des patients, il est réservé à l'équipe de première ligne (voir *infra,* point III.) et fait office de « centre des opérations » de l'unité (le badge est d'ailleurs nécessaire pour y entrer). Dans ce bureau figure également un tableau qui répertorie des informations sur les patients de l'unité : leur nom, le numéro de leur chambre ainsi que les noms de leur « référents ». Ce tableau permet d'avoir une vue d'ensemble précise sur « qui s'occupe de qui ».

L'unité A est définie par les professionnels comme d'inspiration « Ducpétiaux[87]» : Hugo m'explique qu'« ici [à l'unité A], c'est de la vieille psychiatrie » et qu'à partir du bureau des soignants, « on a vue sur tout le couloir et les chambres, il y a donc peu d'endroits où les patients échappent au regard du staff ». De la même manière, les patients peuvent eux aussi apercevoir qui se trouve dans le bureau. On est loin du mode de surveillance basé sur le panoptique de Bentham, et revisité par Foucault, qui prône l'idée du « voir sans être vu » (Foucault, 1975, p. 233-235). L'architecture interne des UPML se fonde plutôt sur un mode de visibilité

[86] À noter que certains professionnels interrogés utilisent parfois le terme « dortoir » pour parler des chambres des patients, se référant à l'infrastructure ancienne des hôpitaux psychiatriques (voir *supra,* partie I).
[87] Modèle de prison belge, en forme d'étoile, et d'inspiration benthamienne et panoptique.

réciproque et relative : tous les acteurs en présence (professionnels et patients) « voient » et savent que, dans la plupart des cas, « ils sont vus ».

À l'extrême droite du couloir, il y a deux autres bureaux pour les psychologues et les criminologues et une petite salle d'isolement avec un lit, des affiches qui dévoilent un coucher de soleil et deux fenêtres qui peuvent seulement s'entrouvrir. Ces bureaux sont, quant à eux, fermés, et rien ne permet de savoir si quelqu'un s'y trouve. M'aventurant dans le couloir, j'aperçois, derrière une vitre, une petite cuisine. Je débouche ensuite sur le « bureau de soins somatiques », également vitré mais protégé par un rideau qu'on tire en cas de consultation médicale. À côté se trouve une salle de loisirs avec une télévision, quelques livres, quelques chaises, un *baby-foot* et une table de *ping-pong* soigneusement repliée. À l'arrière de la salle, une cage d'escalier condamnée est transformée en fumoir – une légère fumée grisâtre s'en échappe. Il est en effet interdit de fumer dans l'unité et dans les chambres. Les murs de l'unité sont peints dans des tons pastel que j'identifie comme lilas et saumon, de gros néons éclairent le couloir principal. Au mur, un téléphone orange grâce auquel les patients qui n'ont pas de téléphone portable privé peuvent recevoir des appels de l'extérieur, et deux tableaux : l'un, noir, sur lequel j'ai parfois pu lire des messages ou des poèmes écrits à la craie par les patients ; l'autre, blanc, qui répertorie le calendrier des activités de la semaine.

Un peu plus de deux mois plus tard, le lundi 17 mai 2021, c'est à l'unité B que je me rends pour la première fois. L'accueil de l'établissement est situé dans un autre « pavillon », il n'est pas nécessaire d'y passer pour pouvoir entrer dans l'unité. Passé les portes automatiques de l'entrée principale de l'unité B, sur la droite, un premier « bureau des soignants » accueille les visiteurs externes et les patients. Bien qu'il soit deux fois plus grand, il dispose des mêmes ressources que celui de l'unité A. Cependant, vitré seulement en partie, il permet un peu moins la visibilité continue des patients[88], contrairement au bureau des soignants de l'autre unité.

À l'arrière, deux autres bureaux : une salle de soin pour les consultations somatiques et une salle faisant office de « salle des professionnels », où ils peuvent déposer leurs affaires dans des casiers personnels. Il y a aussi un frigo, deux micro-ondes et une grande table centrale pour les

[88] Les efforts de « modernisation » des unités, en cours à l'heure de la rédaction de la thèse, n'abandonnent pas le recours aux vitres pour organiser l'espace. Les plans des futurs nouveaux bâtiments révèlent que de larges fenêtres bordent les murs externes des unités, ce qui permettra sans doute une plus grande luminosité. À l'intérieur des murs, des vitres sont utilisées pour séparer deux pièces ou une partie de pièce. La logique de visibilité sur laquelle repose un recours plus systématique au placement de vitres semble traduire une volonté de rendre plus « transparent » le quotidien de la psychiatrie légale, souvent relégué dans l'ombre.

repas. À gauche de l'entrée principale, on trouve l'espace « réservé aux patients ». J'y vois une composition analogue à celle de l'unité A mais tout est plus grand et plus lumineux : une cuisine, des tables pour manger, une table de *ping-pong*, un *baby-foot*, un téléphone, un distributeur automatique de boissons gazeuses. Une salle voisine offre un espace de détente avec une grande télévision, un aquarium et une terrasse. Le couloir principal de l'entrée mène aux bureaux des assistantes sociales et au bureau des psychiatres. Je repère aussi une toilette. En face se trouvent les « chambres » des patients, également répartis par trois ou quatre, mais aussi l'une ou l'autre chambre individuelle pour les rares patientes de l'unité, ainsi qu'une salle d'isolement. À quelques mètres de là, un second bâtiment réunit à l'étage les bureaux des psychologues et autres professionnels de l'unité. Au rez-de-chaussée de ce bâtiment, une petite cuisine ainsi qu'une salle de réunion et une salle d'activité ludique sont à la disposition des professionnels et des patients.

C. Réguler les sorties et l'accès à certains lieux

Je l'ai précisé en introduction de la thèse, la libération à l'essai dans les murs relativement fermés d'un hôpital psychiatrique symbolise un des oxymores de la psychiatrie légale. À l'intérieur des murs des UPML, la liberté du patient est mise à l'épreuve, ce qui implique tout un système de règles et un programme de soin à respecter qui, dans le cas contraire, peut aboutir à des sanctions. Libéré à l'essai, le patient peut néanmoins bénéficier de « permissions » pour sortir de l'unité et circuler dans l'enceinte de l'établissement psychiatrique, voire même à l'extérieur de celui-ci, à condition que la sortie réponde à un but précis (par exemple, la visite d'un appartement, la réalisation d'un bénévolat, un rendez-vous chez le dentiste ou encore une journée en famille) et qu'elle soit encadrée par des horaires bien délimités (voir *infra,* point III.). « Pour sortir, il faut l'accord de l'équipe » et le patient doit préciser ses heures de départ et de retour. Ces « sorties » sont réglementées et peuvent à tout moment être retirées dans le cas où un patient se serait « mal comporté » (par exemple, s'il a consommé de la drogue, voir le chapitre 5). À l'unité A, qui ne fonctionne pas sur la base d'un « système de portes ouvertes », le patient devra demander la permission pour circuler dans l'enceinte du site hospitalier et le jardin. Chaque patient peut bénéficier, de temps en temps, de « sorties week-end », ce qui implique de pouvoir loger dans autre endroit, par exemple, au domicile familial. Les UPML permettent donc une certaine forme d'ouverture vers l'extérieur.

Au sein de chacune des deux unités, professionnels et patients se croisent en permanence, dans ce que le sociologue Frédéric Mougeot nomme « des espaces mixtes », c'est-à-dire « des

espaces à l'intérieur desquels se jouent des interactions régulières des soignants avec les patients, et dans lesquels la négociation des règles de coprésence entre soignants et patients est pour partie admise » (2019, p. 59) ; par exemple, le couloir principal de l'unité ou le fumoir et la terrasse. Certains lieux sont cependant réservés aux professionnels : les patients ne peuvent y accéder qu'à condition d'être accompagnés par un professionnel, par exemple pour un soin somatique, une consultation avec un-e psychologue ou encore la réalisation d'une activité ludique ou thérapeutique. On peut d'ailleurs lire sur la porte de la cuisine de l'unité B : « accès interdit, réservé strictement au personnel, sauf autorisation particulière »[89]. Les professionnels « accompagnent le patient pour les repas » mais ne mangent pas en sa compagnie. Il en va de même pour les toilettes. Disposées dans chacune des chambres des patients, les professionnels bénéficient, quant à eux, de toilettes intégrées à leur bureau (réaménagé à partir d'anciennes chambres de patients), ou à l'extérieur, dans un couloir commun, accessibles avec une clé.

Hugo m'explique que « le bureau des soignants est interdit aux patients » et que « si les patients pénètrent dans le bureau des soignants, on leur demande de reculer… ou on les frappe, non je blague ! », ajoute-il en riant. Il y a une véritable « démarcation » car, poursuit-il, « ce n'est pas normal qu'un patient soit là, l'idée c'est qu'il soit en salle le plus possible ». Le temps long des observations apporte un peu de nuance à son propos. L'interdit sous-jacent à la règle qui régit l'accès au bureau des soignants est rarement mobilisé par l'équipe de première ligne à qui incombe cette décision. L'accès des patients au bureau des soignants est, en fait, toléré et négocié. Il arrive souvent qu'un patient s'aventure dans le bureau des soignants et s'y installe quelques minutes pour demander une cigarette, un médicament, récupérer « un bon de sortie », un goûter, *etc*. Le même constat peut être fait pour l'unité B. Dans les deux unités, la porte du bureau des soignants reste entrouverte la plupart du temps, indiquant que la venue ponctuelle d'un patient est autorisée. Dans le cas contraire, elle est fermée. Le pas de la porte du bureau des soignants devient un « espace intermédiaire » : le bureau « appartient » aux soignants « mais les patients peuvent y requérir leur attention » (Mougeot, 2019, p. 61).

De leur côté, les patients occupent principalement les espaces de détente et le parc ou le jardin de l'hôpital. Ils ne bénéficient pas de lieux propres qui seraient interdits aux professionnels, pas même leur chambre. Un jour d'observation, je croise Damien, patient d'une trentaine d'années à l'unité B. Il arrive dans le bureau des soignants et s'adresse à l'infirmière sur un ton contrarié : « quelqu'un a fermé la fenêtre de ma chambre ! ». L'infirmière réagit : « ah, c'est moi ! Excuse-

[89] Les projets de déménagement indiquent que dorénavant les cuisines seront ouvertes et accessibles aux patients.

moi, je ne savais pas ». Damien est immobile et exprime un certain mécontentement. L'infirmière insiste : « hé, ne t'énerve pas pour ça ! Ca partait d'une bonne intention… ». Si les patients possèdent la clé de leur chambre, qu'ils partagent avec trois ou quatre co-résidents[90] (à moins d'être une patiente[91]), les professionnels se donnent le droit d'entrer dans les chambres quand c'est nécessaire (pour réveiller un patient, vérifier que la chambre est rangée, procéder à une fouille dans le cas d'une suspicion de trafic ou de consommation de drogue, *etc*.). Celle-ci devient un espace de vie privée contrôlée. Les patients sont d'ailleurs eux-mêmes tenus de ne pas s'aventurer dans la chambre des autres patients. Les relations sexuelles entre patients (et patientes) sont interdites à l'intérieur des unités.

Ces dernières années, les relations entre professionnels et patients au sein des UPML sont devenues plus symétriques. « Avant, les patients et le staff se vouvoyaient », précise Hugo ; « maintenant, tout le monde se tutoie ». Son collègue, Nathan, également psychologue à l'unité A, ironise à ce propos : « on a perdu des privilèges ! ». Sans regretter ce temps-là, Dominique, infirmière depuis de nombreuses années à l'unité B, m'explique qu'« avant, il y avait plus de reconnaissance des patients par rapport à nous, on ne déroulait pas le tapis rouge mais, au moment des fêtes, on aurait eu des fleurs ou des spéculoos[92] ». L'horizontalisation de la relation soignant-soigné favoriserait « l'alliance thérapeutique ». Dans le chapitre 5, on aura l'occasion de revenir sur les règles qui régissent le quotidien des UPML et on verra comment cet ensemble de règles participent au travail d'autonomie du patient.

D. Ambiance et fragments sensoriels

Daniel Cefaï énonce que « le corps, sa capacité motrice et ses cinq sens sont les principaux 'outils' de l'enquêteur », ce qu'il nomme « l'expérience incarnée » (Cefaï, 2013, p. 6). En effet, l'immersion au sein des unités psychiatriques médico-légales fut aussi une expérience pour les sens. À l'unité A comme à l'unité B, l'odeur est particulière. On n'ouvre pas souvent les fenêtres. Je sens un mélange de renfermé et de tabac froid. Il fait généralement assez chaud. Durant les premières semaines de l'enquête, j'étais frappée par ce que je considérais alors comme des « nouveaux bruits » car dénotant de mon environnement quotidien. Les chaises en plastique qu'on traine sur le sol, la balle de *ping-pong* qui rebondit sur la table, une musique

[90] Dans les futures nouvelles unités seront aménagées des chambres individuelles ou des chambres pour deux patients uniquement.
[91] En raison de la faible représentation de femmes dans les UPML mixtes (inférieure à 3 sur les terrains étudiés), il n'est pas possible de réserver une chambre partagée pour les femmes. Celles-ci disposent alors d'une chambre seule (voir le chapitre 3).
[92] Biscuit fait à base de cassonade originaire de la Belgique et des Pays-Bas.

pop à la radio ou encore des portes qui s'ouvrent et se referment. Les journées sont également rythmées par les sonneries incessantes des téléphones fixes dans le bureau des soignants ou des « DECT »[93], sorte de *talkie-walkie* qu'ils ont toujours sur eux. Un jour, l'alarme de l'établissement retentit. Deux infirmiers partent en courant, je demande ce qui se passe à ceux qui restent : « oh, une agression dans une autre unité… », me dit-on. Une autre fois, j'entends Aslan, un patient de l'unité A, hurler dans le couloir. Certaines infirmières vont rapidement voir ce qui se passe. À peine quelques minutes plus tard, elles reviennent. L'une dit aux deux autres : « c'est Aslan, ça va ! ». Je comprends que ce patient entend des voix, qu'il « crie sur ses voix », et qu'a priori, il n'y a « rien d'alarmant ». Et souvent, le calme règne dans les unités. Chacun s'adonne à ses occupations. Comme s'il ne se passait quasiment rien, si ce n'est la vie. Le temps semble alors suspendu.

Si les UPML symbolisent les vestiges de l'asile, elles témoignent des évolutions qu'a connues l'hôpital psychiatrique depuis les cinquante dernières années. Une reconfiguration des espaces de soins permet désormais des échanges réguliers et une visibilité plus systématique entre professionnels et patients, bien que la relation avec ces derniers ne soient pas entièrement partenariale. On verra dans le troisième point de ce chapitre comment la division du travail professionnel s'approprie ces espaces. Avant cela, je regarde de plus près ce qu'il en est pour l'équipe mobile TSI.

2. Hors les murs : l'interstitialité de l'équipe mobile TSI

Ma première rencontre avec l'équipe mobile TSI a précédé mon arrivée en UPML (voir l'introduction générale de la thèse). J'ai rencontré l'équipe pendant l'été 2020, alors que nous connaissions un premier déconfinement suite à la crise sanitaire mondiale.

Après un long trajet en transports en commun, j'arrive dans le local de l'équipe mobile TSI pour une première journée d'observation, le 6 août 2020. Au programme : observer la réunion clinique qui a lieu une fois par semaine et au cours de laquelle les professionnels discutent des différents patients internés qu'ils suivent en ambulatoire. L'équipe TSI a pris ses quartiers dans l'enceinte d'une clinique qui traite essentiellement de pathologies somatiques, ce qui lui permet de garder une certaine indépendance par rapport à l'établissement psychiatrique de la Région qui accueille lui aussi un projet TSI. Après deux heures de longs échanges sur les situations des

[93] En anglais, « DECT » vaut pour *Digital Enhanced Cordless Telecommunications* qui se traduit en français par « télécommunications numériques améliorées sans fil ».

patients inscrits à l'ordre du jour, place au travail d'intervention. Quand Élodie, l'assistante sociale de l'équipe, demande si elle peut « prendre la voiture », Eva, psychologue, lui répond sur un ton moqueur : « regarde, là tu as l'agenda, s'il n'est pas noté "besoin de voiture", c'est bon ! ».

Le champ d'intervention de l'équipe mobile TSI, qui par définition ne connait pas de siège fixe, ne se limite pas à un espace spécifique. Une grande partie du travail d'accompagnement se déploie « hors les murs », au sens littéral de l'expression. À l'instar des nouveaux programmes en santé mentale qui « opèrent aux marges, ou dans les interstices, de différents systèmes pourvoyeurs de soins » (Fennel, Dockett, 1990, p. 115, *cité dans Lovell*, 1996 [en ligne]), l'équipe mobile présente un caractère « interstitiel ». Dans sa recherche sur les équipes mobiles de psychiatrie-précarité en France, la sociologue Ana Marques (2010) analyse les activités propres au travail de ces équipes à la lumière du concept de « double interstitialité », empruntant la notion aux précédents travaux d'Anne Lovell (1996) qui étudie les transformations, et en particulier la « déterritorialisation » (Marques, 2010, p. 137), du travail psychiatrique à New-York dans les années quatre-vingts. Par ce concept, Lovell souligne un double changement dans la pratique psychiatrique à l'époque : d'une part, elle fait le constat d'une hybridation du profil des bénéficiaires, précisant que ce sont « des habitants de la rue et d'autres groupes marginaux qui deviennent les nouveaux sujets des services de santé mentale » ; d'autre part, elle souligne que l'interstitialité concerne également « les services eux-mêmes [qui deviennent] ambigus dans leur affichage, et surtout intervallaires dans leur mode d'action », forcés d'« opérer à la marge des organisations formelles » (Lovell, 1996, [en ligne]). Si Lovell démontre que ces services prétendent à « l'intertitialité », notamment au niveau de leur « spatialité », la pratique des équipes mobiles revêt également un caractère interstitiel dans son « institutionnalité ».

Intrinsèquement « mobiles », les équipe TSI sont amenées à circuler entre les principaux lieux d'enfermement et de soin mais aussi « dans des zones intervallaires » (Lovell, 1996) qui rappellent les routines de la vie quotidienne. Lovell qualifie ces zones de « non-lieux » qui, par exemple, « à travers le mouvement, dissolvent les territorialités urbaines (bus, métro) », ou encore se rapportent à des « espaces de détente ou de pause (parcs, squares, bancs, atriums) » (Lovell, 1996, *cité dans Marques*, 2010, p. 137). Dans le contexte de l'équipe mobile TSI, c'est véritablement « sur la route », à bord de la voiture de l'équipe ou de leur voiture personnelle, voire sur un banc dans un parc, ou encore au snack pour « *manger un dürum* » que la parole se délie et que le travail de construction du lien s'opère avec la personne. Pour les professionnels,

le cadre informel permet d'inscrire leur intervention dans un régime plus souple, moins paternaliste et davantage « partenarial » (Gagné, Dorvil, 1994, p. 63-78). Ceci implique une participation active dans le chef de la personne internée, qui devra faire preuve d'un certain niveau d'autonomie – au sens ici de « se débrouiller », d'agir de façon suffisamment indépendante (voir le chapitre 4). C'est dorénavant à la personne internée qu'incombe la tâche d'« aller vers l'équipe » pour demander un accompagnement.

L'équipe mobile TSI inscrit également son travail « dans les murs » des lieux d'internement, même si ces interventions sont très ponctuelles et de courte durée. Il peut s'agir d'une première rencontre avec une personne internée dans l'annexe psychiatrique d'une prison, d'une rencontre en UPML avec les référents de la personne, ou dans une IHP au cours de sa libération à l'essai. Les équipes mobiles TSI passent même les portes du domicile privé des personnes à même de poursuivre une libération à l'essai chez eux.

Ensuite, si les missions de l'équipe mobile TSI portent essentiellement sur la personne internée et son projet, elles visent également les autres intervenants qui gravitent autour de celle-ci en vue de consolider et de maintenir un réseau psycho-médicosocial solide. Interagir avec le réseau institutionnel peut prendre différentes formes. Par le biais « d'intervisions », les professionnels, toutes équipes mobiles TSI confondues, discutent de leur pratique et la redéfinissent s'il y a lieu. Nouveaux acteurs de l'internement, ils utilisent diverses stratégies comme la participation à des colloques[94], la diffusion de leur brochure (principalement à partir des services psycho-sociaux des prisons), ou l'organisation de rencontres avec les acteurs de l'internement et des soins de santé mentale pour se faire connaitre et « informer et sensibiliser au statut d'internement », répondant ainsi aux objectifs initiaux de la Réforme 107. L'équipe mobile TSI agit comme une sorte de « trait d'union » entre la personne internée et les institutions susceptibles de la prendre en charge, mais aussi entre les différents secteurs d'intervention. Pendant les premiers mois de la pandémie, des équipes mobiles ont parfois été « réquisitionnées » par les UPML pour renforcer l'équipe de l'hôpital.

L'examen des infrastructures et des espaces de l'intervention, que celle-ci soit résidentielle (UPML) ou ambulatoire (équipe mobile TSI), permet de réinterroger la dichotomie « *dans* et

[94] Par exemple, s'est tenu le 16 septembre 2021 à Bruxelles un colloque international intitulé « La psychiatrie médico-légale : pratiques, visions et modèles d'organisation des soins », organisé par le Service Public Fédéral Santé Publique, lors duquel des professionnels d'UPML mais aussi d'équipes mobile TSI, francophones et néerlandophones, sont intervenus pour présenter leurs missions.

hors les murs » dans le champ de l'internement. Cette opposition est souvent envisagée comme deux entités antagonistes, où l'on aurait, d'un côté, des services hospitaliers qui renvoient à une prise en charge institutionnelle forte et, de l'autre, des équipes ambulatoires qui se déplacent et n'interviennent qu'en dehors des institutions. Or, elle gagne à être vue à partir d'un « continuum hybride » (de Larminat, 2014) car on observe une continuité entre les deux logiques *dans* et *hors* les murs, toutes deux n'étant pas foncièrement différentes et impliquent une large variété de pratiques qui s'articulent entre elles. Des espaces bien délimités et circonscrits régissent le champ d'intervention des UPML, ce qui n'empêche pas d'ouvrir les portes pour faire entrer des équipes partenaires ou pour faire sortir les patients. De la même façon, les équipes mobile TSI interviennent auprès de personnes institutionnalisées et participent parfois au quotidien de ces lieux. Ceci rappelle le phénomène de « transinstitutionnalisation » ou de désinstitutionalisation par degrés, énoncé dans le premier chapitre (voir le point IV.).

III. Division du travail professionnel : qui fait quoi ?

> Pour mon premier jour à l'unité A, le psychologue et coordinateur de l'unité, Hugo, m'a donné rendez-vous ce matin à 8h30. Dès mon arrivée, je sonne à la grande porte de l'établissement et décrit au parlophone l'objet de ma venue : « bonjour, j'ai rendez-vous avec Hugo P. », la porte s'ouvre. Je me dirige vers l'accueil. Derrière une vitre, une dame assise à son bureau me rappelle d'un signe de main que je dois impérativement me désinfecter les mains – covid oblige, je m'empresse de le faire et me demande comment j'ai pu oublier un tel automatisme. Le pot de désinfectant est d'ailleurs mis en évidence. La dame m'informe ensuite que Hugo va bientôt arriver et me tend un stylo et un papier sur lequel je dois inscrire mon nom, prénom, numéro de téléphone, heure d'entrée et de sortie. Je m'exécute. Je reçois ensuite un badge « visiteur ». En attendant Hugo, je m'installe sur un des deux bancs de la petite salle d'attente. Au mur, j'aperçois des plans assez anciens des bâtiments de l'établissement. De ma place, je peux voir l'entrée principale. À chaque va-et-vient de personnes, j'essaye d'imaginer qui est qui et qui fait quoi. *(JT, unité A, 3 mars 2021)*

Dès mon arrivée dans les UPML, il n'a pas été facile de déterminer quels étaient les rôles et les fonctions de chacun des nombreux professionnels, ni quelles étaient les différentes disciplines représentées, ou encore qui incarnait une figure d'autorité. Pour une petite trentaine de patients, on compte une vingtaine de professionnels. À l'inverse, la taille plus modeste de l'équipe mobile TSI m'a permis de différencier très rapidement les professionnels. Je reviens, dans ce troisième point, sur la division du travail professionnel qui s'opère sur les terrains étudiés.

1. Différenciation professionnelle à l'UPML

Les équipes professionnelles des deux unités étudiées (l'unité A et l'unité B) sont très similaires. Dans les deux cas, l'équipe est pluridisciplinaire et majoritairement composée de « soignants », c'est-à-dire des professionnels qui travaillent en première ligne, au plus près des patients. Pour m'y référer, je parlerai de « l'équipe soignante » dans le reste de la thèse. L'équipe soignante se caractérise par ses horaires de travail, organisés en « *shifts* » (A.). Les autres professionnels mènent davantage un travail psycho-social et (para)médical en ceci qu'ils interviennent « à côté » des soignants (par exemple, lors de consultations thérapeutiques) et sont donc plus à distance du quotidien des patients (B.). Si je distingue formellement ces deux catégories de professionnels pour l'analyse, leur travail n'est pas « cloisonné » pour autant : il repose sur des formes de collaboration (C.).

A. L'équipe soignante : un travail séquencé de première ligne

L'équipe soignante compte une quinzaine de personnes et est principalement composée d'infirmiers et d'infirmières, d'aides-soignants et d'aides-soignantes ainsi que de quelques stagiaires issus des mêmes disciplines. Parfois, on rencontre d'autres disciplines plus spécifiques, comme l'éducation spécialisée, la logopédie ou encore la psychologie dite « de première ligne ». Régulièrement, l'un ou l'autre médecin généraliste vient compléter l'équipe. Dans chaque équipe soignante, un infirmier ou une infirmière en chef « gère l'équipe » ; les brochures des unités le précisent d'ailleurs sans équivoque. Les professionnels de l'équipe soignante passent rarement plus de quelques minutes au même endroit ; ils sont très souvent en mouvement : tantôt dans le « bureau des soignants », dans les salles et les couloirs de l'unité, tantôt dans le bureau de soins somatiques ou même dans les chambres des patients. Ensemble, il forment « les yeux, les oreilles et les mains de substitution du psychiatre » (*ma traduction*, Brodwin, 2013, p. 57).

Dans les unités psychiatriques médico-légales, le temps est long et les semaines ont tendance à se ressembler. Chaque journée est organisée autour de trois moments charnières qui se rapportent aux conditions matérielles de l'existence du patient : le moment du lever et du coucher, le moment des repas (petit-déjeuner, lunch/dîner, souper et collation ou goûter)[95], et le moment de la prise de médicament. C'est l'équipe soignante, de par ses périodes de travail et ses horaires (« *shifts* ») propres au régime d'hospitalisation (par exemple, 7h-15h, 14h-21h

[95] Termes belges employés sur les terrains.

et la nuit)[96], qui intervient à chacun de ces moments particuliers. Elle contribue en continu au « suivi » des patients et à la construction du quotidien. On compte environ trois ou quatre professionnels par *shift* qui se répartissent certaines tâches. L'un-e est en charge de la cuisine, un-e autre des « soins infirmiers », un-e autre encore est « responsable » et doit, entre autres, faire un « rapport » des événements survenus pendant la période de travail aux professionnels du *shift* suivant. D'une unité à l'autre, il arrive que les professionnels de l'équipe soignante portent un uniforme (un pantalon, une blouse et des chaussures plus confortables), ce qui permet de les distinguer du reste de l'équipe (voir *infra*). Pendant les week-ends, l'équipe soignante est quasiment seul « maître à bord » et peut s'appuyer sur le médecin-psychiatre et le généraliste de garde.

Le travail journalier de l'équipe soignante est découpé en une succession de tâches répétées et réglées selon des horaires précis. Pour le premier *shift*, l'arrivée à l'unité se fait aux aurores pour entendre le « débrief » ou la « remise de service » de l'équipe de nuit[97]. Il faut ensuite préparer les médicaments des patients, prescrits par les psychiatres et dont l'équipe soignante en assure la bonne distribution, opérant ainsi un premier contrôle de l'observance (Legrand, 2022, p. 16). Camille, infirmière à l'unité B, m'explique que la pharmacie de l'hôpital aura préalablement « fourni un chariot avec les médicaments déjà préparés dans les plaquettes » et que l'équipe soignante vérifie la répartition par patients : « c'est normal dans un hôpital, on revérifie pour être sûre qu'il n'y ait pas d'erreur ». Le chariot à médicaments permet une administration du traitement *per os*[98]. Sur chacun des tiroirs du chariot est inscrit le nom du patient à qui il faut donner les « bons médocs ». Certains patients reçoivent un traitement par injection, administré une fois par mois par le psychiatre.

Le réveil matinal des patients marque le début de la journée. L'équipe soignante passe dans les chambres pour réveiller les patients, sauf le samedi et le dimanche : les horaires du lever étant plus flexibles le week-end. Dominique, également infirmière à l'unité B et habituée des lieux, m'explique que « la tâche n'est pas simple » et qu'un « second passage est parfois nécessaire ». Une fois les patients levés, place au petit-déjeuner[99]. L'équipe ferme alors les chambres jusqu'au prochain repas en vue de « préserver le cycle jour-nuit ». Le petit-déjeuner se prend

[96] Il arrive parfois qu'un membre de l'équipe soignante organise sa journée de travail à cheval sur les deux shifts principaux.
[97] Le travail de nuit n'étant pas au cœur des observations, je m'en tiendrai aux *shifts* du matin et de l'après-midi.
[98] *Per os* signifie « par voie buccale »
[99]Avant le Covid19, les patients ne pouvaient profiter d'un petit-déjeuner qu'à condition qu'ils soient tous levés et sortis de leur chambre ; c'était une « grosse pression », insiste Dominique

entre patients et est encadré par l'équipe soignante qui distribue les plateaux et la nourriture. Les patients s'installent aux tables et sur les chaises prévues à cette fin. Chacun est ensuite responsable de ramener en cuisine son plateau et les déchets alimentaires.

Vient ensuite la première distribution des médicaments. L'un après l'autre, les patients se succèdent à la porte du bureau des soignants pour recevoir un ou plusieurs médicaments à avaler avec un verre d'eau. À côté du lever, du petit-déjeuner et de la prise de médicament, le matin est aussi l'occasion de prendre une douche, « mais autant te dire qu'il y en a très peu qui le font… », me précise Camille. Une fois la routine matinale achevée, c'est la « pause petit-déjeuner » pour l'équipe, qui se prépare à accomplir d'autres tâches : un acte somatique (faire une prise d'urine, désinfecter une plaie, mettre un pansement), distribuer les cigarettes ou l'argent de poche, vérifier les sorties et les « rentrées » des patients, la participation aux activités *intra-* ou *extra-muros* (voir *infra*), ou encore encoder les informations propres aux patients dans le dossier informatisé (« DPI[100] »). Il n'est pas possible de réaliser tous les soins somatiques à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Dès lors, il arrive parfois qu'un membre de l'équipe soignante s'aventure en dehors de l'unité pour accompagner un patient chez le dentiste ou pour faire une radiographie dans un hôpital général. Quand un nouveau patient arrive à l'unité, c'est également l'équipe soignante qui se charge de l'accueillir. Pendant la crise sanitaire, il était également nécessaire de « vérifier les paramètres » liés au Covid19 (mesurer la saturation en oxygène, prendre la température, contrôler le port du masque si nécessaire, organiser la vaccination, *etc.*). L'heure du lunch arrive rapidement et, à nouveau, place à la distribution des plateaux repas et à la deuxième distribution de médicaments. S'ensuit la « pause *lunch* » pour l'équipe du matin et la préparation du rapport pour celle de l'après-midi.

La relève de l'équipe, la transition entre deux *shifts*, prend place vers 14h et dure une petite heure. Chaque patient est passé en revue, ses faits et gestes sont documentés à moins qu'il n'y ait « rien à signaler ». Une fois les informations échangées, la première équipe s'en va et l'autre prend le relais. L'après-midi est rythmée par des périodes de siestes et de sorties autorisées qui nécessitent l'ouverture des chambres à certaines heures, l'organisation d'activités ludiques et thérapeutiques et la prise d'un goûter. Plus tard, le souper s'accompagne d'une troisième prise de médicaments et de l'exécution de quelques tâches communautaires (dont ranger son plateau). Peu avant le couvre-feu, une dernière distribution de médicaments a lieu, le temps d'échanger

[100] DPI vaut pour « dossier du patient informatisé »

un peu avec un patient, de faire une partie de *ping-pong* et de préparer le rapport pour l'équipe de nuit.

Pour synthétiser, voici, ci-dessous, un exemple d'horaire-type reconstitué à partir des données récoltées dans les deux UPML étudiées.

7h30 – 8h00	Réveil des patients – le lever
8h30	Petit-déjeuner et prise de médicaments ; fermeture des chambres
9h	Toilette personnelle (douche)/rangement de la chambre/préparation pour une sortie
10h00	Collation, café
10h30 – 12h00	Réalisation d'activité(s), d'un bénévolat pour les patients
12h00	Lunch/dîner et prise de médicaments (*per os*)
12h30	Sieste ou sortie autorisée
15h30	Goûter ; parfois fermeture des chambres ; mise en activités, réalisation d'un bénévolat, *etc.*
17h00	Prise de médicaments
19h00	Repas du soir, souper ; fermeture puis ouverture des chambres jusqu'au lendemain matin
20h00	Prise de médicaments
22h00	Chacun dans sa chambre ; couvre-feu et coucher

Fig. 3. Horaire-type d'une journée à l'UPML

Dans les interstices se logent d'autres activités sociales auxquelles un horaire est également attribué : il peut s'agir d'une réunion communautaire hebdomadaire qui réunit l'ensemble des patients et certains membres de l'équipe soignante en vue de discuter des événements de la semaine, ou d'activités ludiques ou thérapeutiques *intra-* et *extra-muros* dont le programme peut varier en fonction des semaines et des ressources. Celles-ci sont organisées par le reste de l'équipe.

B. Le reste de l'équipe : travail social, (para)médical et thérapeutique

En arpentant les couloirs des unités, on observe que le quotidien s'organise aussi autour des moments de consultation individuelle et dans l'espace clos d'un bureau, entre un patient et son psychiatre référent, son ou sa psychologue référent-e ou encore un-e médecin généraliste. On peut également entrevoir des échanges entre le patient et l'assistante sociale pour une remise en ordre de son dossier administratif. Des acteurs externes à l'unité mais liés à la mesure d'internement font parfois leur entrée dans les unités : par exemple, lors d'une concertation

avec tous les référents du patient en vue de discuter de l'état d'avancement de son projet de sortie, il arrive qu'un membre d'une équipe mobile TSI ou qu'un assistant de justice soit présent. Et si un patient vient à manquer, c'est qu'il est probablement à l'extérieur, seul ou accompagné, grâce à l'octroi d'une « permission de sortie » pour une visite familiale, un bénévolat auquel il s'est engagé ou une séance de « jogging » dans un parc.

À l'unité A comme à l'unité B, une petite dizaine d'autres professionnels gravitent autour de l'équipe soignante. On retrouve des assistantes sociales, des ergothérapeutes, parfois un kinésithérapeute, mais aussi des psychologues (cliniques ou systémiques), des criminologues et des médecins-psychiatres. À la différence de l'équipe soignante, ces professionnels calquent en général leurs horaires de travail sur celui des employés (par exemple, 9h-17h). Moins présents « en salle », ils travaillent en majeure partie à bureau fermé. En quoi consiste leur travail ?

Gérer les situations administratives et financières

Dès son arrivée à l'UPML, le patient devra s'acquitter de factures mensuelles d'hospitalisation. Celles-ci s'élèvent à environ 200 ou 250 euros par mois selon l'indexation, pourvu que le patient bénéficie du statut d'intervention majorée qu'il obtient auprès de la mutuelle[101]. S'assurer que « les patients sont à jour administrativement » est l'une des tâches principales des assistantes sociales qui travaillent dans les unités médico-légales. « Quand ils [les patients internés] arrivent à l'unité, on reprend la situation telle qu'elle était avant l'incarcération, on reprend les démarches mais on peut aussi [les] commencer à partir d'ici », m'explique Noémie, assistante sociale à l'unité B. Ces démarches visent à préparer le projet « post-hospitalisation » et à « relancer la situation administrative et financière, à remettre en route les revenus, l'affiliation à la mutuelle, *etc*. ». Les assistantes sociales sont également amenées à collaborer avec des professionnels externes à l'unité : les assistants de justice[102], les administrateurs ou administratrices de biens[103], ainsi que les équipes mobiles TSI.

[101] À condition de bénéficier de certaines allocations, la mutuelle peut octroyer une « intervention majorée » pour le remboursement des frais médicaux, parmi celles-ci, le revenu d'intégration du CPAS (Centre Public d'Action Sociale) ou l'allocation pour personne handicapée octroyée par le SPF Sécurité Sociale, *etc*.

[102] Les assistants de justice assurent, entre autres, une fonction de guidance et de suivi auprès des justiciables et des personnes internées en libération à l'essai.

[103] En Belgique, l'administration de biens et/ou de la personne est un régime de protection encadré par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine. L'administrateur de biens est généralement un avocat mais peut aussi être un membre de la famille. Il se charge de gérer les biens, les dépenses et les revenus de la personne concernée. Dans les UPML, plus d'un tiers des patients sont sous administration de biens.

Mettre en activité

Dans chaque unité, une (parfois deux) ergothérapeute(s) est présente pour « proposer des activités aux patients ». Les activités sont obligatoires[104], comme l'indique cet extrait de brochure d'UPML :

> « Toutes ces activités vous sont proposées dans un premier temps en fonction de vos envies, pour vous aider à retrouver un certain rythme de vie et de vous mettre "en relation" […]. Votre projet thérapeutique prévoit l'obligation de participer aux activités […]. » (*Extrait d'une brochure d'UPML*)

Il faut éviter au maximum que le séjour en UPML ne soit ponctué de moments « creux » lors desquels le patient déciderait de « ne rien faire ». Ces activités peuvent prendre différentes formes (bricolage, atelier cuisine, atelier *wasserette*[105], jeux de société, couture, *etc*.) et visent à « travailler certaines choses afin de développer les capacités que la personne n'a plus ou pourrait avoir ». Éléonore, ergothérapeute à l'unité A, précise que « l'idée, c'est d'apprendre les bases, il ne faut pas exceller mais il faut savoir faire, ce n'est pas le résultat le plus important, c'est pour travailler l'estime de soi ». Tout est pensé pour que le patient apprenne à « se débrouiller seul, redonne un rôle et un sens à l'extérieur ». De la même façon, un kinésithérapeute participe à l'organisation de toute une série d'activités. Intégré à l'unité ou à plusieurs unités de l'hôpital psychiatrique, le « kiné » prend en charge individuellement un patient sur la base d'une prescription médicale des médecins généralistes ou des psychiatres. Il se charge aussi d'animer des activités sportives de groupe à l'intérieur (*ping-pong*, relaxation, « muscu ») ou à l'extérieur (natation, VTT, mini foot) de l'unité.

Travailler sur les ressources, gérer les difficultés

Le travail des psychologues s'articule surtout autour des moments de consultations thérapeutiques et individuelles avec un patient. Basées sur les outils de « l'entretien motivationnel » (Miller, Rollnick, 2002) qui se caractérise par un échange collaboratif avec le patient en vue de le motiver à opérer certains changements, ces consultations prennent la forme d'un entretien clinique ou systémique (quand la focale est mise sur l'entourage et la famille du patient). Les patients sont tenus de voir régulièrement le ou la psychologue de l'équipe.

[104] En raison de la pandémie et du confinement, certaines activités n'ont plus pu s'organiser car elles ne permettaient pas de respecter les mesures de sécurité ou parce qu'elles impliquaient des acteurs et des infrastructures externes à l'unité (par exemple, l'hippothérapie). La participation à ces activités a donc été revue à la baisse : les patients sont moins contraints d'y prendre part.

[105] En Belgique, le terme « wasserette » est utilisé pour désigner un lieu public où se trouvent des machines à laver.

Lorsque je demande à Julie, psychologue à l'unité B, en quoi consiste son travail de psychologue dans une unité médico-légale, elle m'explique que l'objectif, « c'est vraiment de pouvoir accompagner [les patients internés] dans leur projet de réinsertion ». Notre échange se poursuit :

> *Julie, psychologue* :
>
> « On essaye de les aider à prendre conscience de leurs difficultés, et aussi de leurs ressources, de les aider à gérer les difficultés et les difficultés qui, parfois, les ont amenés à être internés. [Il s'agit aussi] de pouvoir développer et connaitre les ressources, ce qui fait sens pour eux dans la vie. On les accompagne dans ce sens-là, que ce soit la mise en place d'une formation, le fait de pouvoir se retrouver, de pouvoir être à nouveau en lien avec les proches, et aussi de surmonter certaines craintes et difficultés par rapport à tout ça… voire même chez certaines personnes, on les aide à prendre conscience qu'il y a déjà des difficultés et où est ce qu'elles sont… donc essayer d'accompagner le patient vers là où on veut aller, vers son objectif […]. Tout en faisant attention aux risques qui peuvent se produire si jamais le patient ne prend pas soin de lui et de ses difficultés. »
>
> *Sophie, chercheuse* :
>
> « Et par "risques", qu'est-ce que tu entends ? »
>
> *Julie, psychologue* :
>
> « Hum… et bien le risque de commettre de nouveaux faits. »
>
> *Sophie, chercheuse* :
>
> « Et ça arrive souvent ? »
>
> *Julie, psychologue* :
>
> « Non, ça n'arrive pas souvent. Parfois ça peut être des faits différents. Souvent, ce sont des coups et blessures, c'est une bagarre, mais ce ne sont pas nécessairement les mêmes faits pour lesquels ils ont été internés. Par exemple, ici [à l'unité B], on a des tentatives de meurtre ou des homicides, mais je ne connais pas quelqu'un qui a à nouveau commis un homicide. Il y a des gens internés pour pyromanie, et bien c'est pareil, personne n'a remis le feu après. Généralement, ce sont des coups et blessures ou une fugue prolongée. En cas de coups et blessures, ils peuvent être révoqués. »
>
> *(Extrait d'entretien, 20 décembre 2021)*

Ce bref échange avec Julie révèle que, si l'accompagnement porte sur les « difficultés » et le « potentiel caché » du patient (Ehrenberg, 2020), le risque de rechute infractionnelle est lui aussi au cœur de l'intervention.

Aux entretiens thérapeutiques individuels s'ajoutent des activités thérapeutiques animées par les psychologues et auxquelles plusieurs patients participent en même temps. Par exemple, des groupes de paroles ou des ateliers de « psychoéducation » qui visent à informer les patients au

sujet de thématiques précises comme la consommation de drogues et de sucre. « L'idée, c'est de donner des informations aux patients pour qu'il rechutent moins, ou s'ils consomment qu'ils soient au moins au clair avec les effets », m'explique Amélie, psychologue à l'unité B. Les psychologues organisent aussi des jeux de société comme « *Dixit* », le but du jeu étant de faire deviner aux autres la figure d'une carte en employant le moins de mots possible : « c'est intéressant de voir les personnes dans un autre cadre ».

Gérer les candidatures

La présence des criminologues au sein des UPML (généralement au nombre de deux) permet « une meilleure compréhension du droit pénal et de la procédure pénale » ainsi que des aspects légaux liés à la mesure d'internement. « On peut aider l'équipe par rapport à ça », soutient Margaux, criminologue à l'unité B. Une de leurs missions principales porte sur « l'accompagnement des candidatures extérieures », c'est-à-dire l'analyse des dossiers de personnes internées qui se trouvent généralement dans un lieu d'internement hautement sécurisé et qui font une demande pour résider au sein de l'UPML (voir le chapitre 3). Les criminologues assurent également le relais avec les « acteurs de la justice » : la Chambre de protection sociale, l'avocat du patient ou encore l'assistant de justice qui est en charge de vérifier si le patient respecte les conditions légales de sa libération à l'essai. Enfin, dans certaines unités, les criminologues (et certains psychologues) sont en charge de « la passation » d'échelles psychométriques, outil qui permettrait de déterminer le « profil de risque » des patients internés (voir le chapitre 4).

Dans chacune des deux unités, un psychologue ou un criminologue occupe la fonction de coordination TSI qui « gère le projet interné », autrement dit le « projet TSI » implanté dans tout l'hôpital, en ce compris l'UPML ainsi que les quelques autres lits pour internés, à l'IHP par exemple.

Prescrire et rendre des comptes à la Justice

Enfin, les psychiatres des UPML occupent une position particulière. Pour bien saisir celle-ci, il faut revenir un instant sur une particularité du régime de l'internement.

En Belgique, suite à la « loi Dupont » de 2005[106], qui concerne « l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus », les missions d'expertise

[106] Pour plus d'informations sur cette scission voy. Cartuyvels, Y., Champetier, B. et Wyvekens, A. (2010). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique. *Déviance et Société*, *34*(4), 615–645.

et celles de soin sont dorénavant 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). L'idée est de protéger la relation soignant-soigné « par l'instauration d'une plus grande confidentialité » (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, p. 622). Mais la règle ne s'applique pas dans les lieux susceptibles d'accueillir des personnes internées qui dépendent du ministère de la Santé publique : les missions de soin et d'expertise peuvent donc cohabiter au sein des UPML et, qui plus est, dans le chef du psychiatre. Ce faisant, formés au soin par leurs études de médecine, 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.

À l'UPML, les psychiatres sont responsables des patients et sont en charge de leur « suivi médical ». Généralement au nombre de deux, ils sont les seuls à pouvoir prescrire un traitement et des médicaments. Se rapportant aux professionnels du soin, les psychiatres ne font pourtant pas directement partie de l'équipe soignante. Parfois, ils exercent en dehors de l'hôpital (dans un dispensaire, ou dans un cadre libéral par le biais de consultations privées). Leur présence dans l'unité n'est pas systématique et a tendance à s'aligner sur les horaires des employés, bien qu'ils soient parfois de garde le week-end ou la nuit. Le travail des psychiatres s'articule également autour des entretiens cliniques individuels, obligatoires pour chaque patient de l'unité. Essentiellement empreints de la philosophie de l'entretien motivationnel et parfois d'inspiration psychanalytique, il arrive rarement que le psychiatre mobilise des outils psychométriques. À côté des consultations et de la prescription de médicaments, les psychiatres sont également tenus de rédiger un rapport médical sur chaque patient à la demande de la Chambre de protection sociale (voir le chapitre 1, point III., 2., B.). Ce rapport est exigé au moment où la question de la sortie de l'UPML se pose, quand il s'agit de mettre en place un projet de réinsertion (poursuivre sa libération à l'essai dans une autre institution, par exemple, dans une IHP). Il peut aussi arriver qu'un patient enfreigne à répétition les règles de l'unité et que le psychiatre décide d'en avertir la CPS (voir le chapitre 6).

https://doi.org/10.3917/ds.344.0615. « Cette loi du 12 janvier 2005, dite « loi Dupont », dispose en son article 96 que « les prestataires de soins […] ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu » et que « la fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison ». Visant les détenus ordinaires, cette règle impose la scission entre le soin et l'expertise. Elle a été étendue aux internés retenus en annexe psychiatrique et à ceux des établissements de défense sociale relevant du ministère de la Justice. » (2010, p. 622)

Dans les UPML, d'autres catégories de professionnels participent à la vie de l'unité : les personnes qui nettoient ou celles qui amènent les plateaux-repas. Ces dernières sont « moins visibles » car elles ne participent pas directement à l'intervention auprès des patients.

C. Faire équipe : collaborer sans diluer les fonctions

J'ai présenté en deux temps les différentes catégories de professionnels qu'on rencontre dans les UPML : une équipe soignante qui « suit » les patients au quotidien et tout au long de leur hospitalisation (A.), et des professionnels qui, quant à eux, revendiquent une expertise propre et « voient » les patients régulièrement pour des consultations ou des activités bien spécifiques (B.) (Castel, 1981). Bien entendu, si ces deux « groupes » de professionnels révèlent différentes façons d'intervenir (en situation d'une part, en consultation d'autre part), ils ne sont pas imperméables. Les professionnels habitués au travail en salle sont parfois amenés à s'entretenir individuellement avec un patient. De la même façon, les professionnels formés aux entretiens thérapeutiques participent de temps à autre aux activités collectives (voir *supra,* les psychologues). Ils se croisent en permanence dans les unités ; il n'est d'ailleurs pas rare qu'ils mangent ensemble sur le temps de midi. À partir du fonctionnement « normal » des équipes sur ces terrains, on verra dans autres chapitres comment « faire équipe » s'actualise en pratique (Ogien, 1987).

Chacun sa fonction

> « Ici, c'est une équipe, c'est comme un clan », précise Hugo lors de notre première rencontre. Il m'explique ensuite qu'« il n'y a pas de dissolution des fonctions de chacun ». *(Extrait, entretien Hugo, unité A, 3 mars 2021)*

Quand il caractérise l'équipe comme un « clan », Hugo fait référence aux points communs qui lient les professionnels entre eux et leur mission : accompagner le patient interné vers son projet de réinsertion. Pour ce faire, les équipes des deux unités fonctionnent selon le principe du « secret professionnel partagé » : toutes les informations concernant les patients et tout ce qui se dit lors d'un entretien ne sort pas de l'hôpital, mais à l'intérieur de celui-ci et de l'unité, le travail en équipe prévoit que tout peut être rapporté en réunion, ou, au moins, au psychiatre. Soulignant l'importance du travail collaboratif, Hugo insiste tout de même sur la très grande hétérogénéité de l'équipe. Pour résumer, les psychologues mènent des consultations thérapeutiques, les criminologues trient les candidatures et remplissent les échelles de risque, les assistantes sociales mettent à jour les situations administratives des patients, l'ergothérapeute anime les activités, le psychiatre prescrit les médicaments et les infirmières

font des prises d'urine : chaque professionnel joue son rôle, dans sa discipline propre. Dans les discours, personne ne s'identifie d'ailleurs comme « travailleur » ou « intervenant social » et préfère nommer sa discipline : « il n'y a pas de dissolution des fonctions de chacun ».

Pourtant, dans les UPML, les psychologues et les criminologues sont parmi les professionnels qui tendent le plus à élargir les contours de leur professionnalité.

> Déambulant dans le couloir de l'unité A, j'échange brièvement avec un patient. Je lui demande comment il va, ce qu'il prévoit de faire aujourd'hui. Il me dit qu'il fait du bénévolat deux fois par semaine : « je travaille dans un resto social, près de [une commune belge] ». Je lui demande s'il cuisine : « non ! » me dit-il en riant. « Je bouge les tables et les chaises dans le restaurant ». Il m'explique ensuite que c'est Hugo, son psychologue , « qui a trouvé ce bénévolat ». Ca fait quatre mois qu'il est occupé dans ce « resto » mais il doit trouver un autre bénévolat pour le mois prochain. Il termine en me disant qu'il est « content avec ça », qu'après tout « c'est mieux que de ne rien faire ». (*JT, unité A, 19 mars 2021*).

Il n'est pas rare qu'un psychologue ou qu'un criminologue se démène pour chercher un bénévolat pour un patient. Parfois, ils accompagnent un patient à l'extérieur de l'unité pour une audience à la CPS, la visite d'un appartement, le premier entretien pour un bénévolat, ou même pour acheter un vélo. « On participe aussi au quotidien », insiste Nathan, psychologue. Des excursions, qui regroupent tant l'équipe soignante que les autres « employés » de l'unité, sont d'ailleurs organisées à des moments particuliers de l'année (une journée dans un parc d'attraction ou dans un parc animalier pendant l'été ; une visite d'un marché de Noël pendant l'hiver).

À l'unité A, des situations « exceptionnelles » ont également mêlé le travail des psychologues et des criminologues au travail de première ligne. L'arrivée du Covid19 est venue perturber la division du travail mais ne l'a pas ébranlée pour autant. Hugo raconte que, pendant le premier confinement, dès la mi-mars 2020, afin de se « mettre au service des patients », les psychologues et criminologues ont calqué leurs horaires sur ceux de l'équipe soignante pour prêter main-forte. « On est venu en renfort, on a fait corps ensemble ». Rapidement, dès les premiers efforts de déconfinement, chacun est retourné à sa fonction de départ, « il y avait une demande pour qu'on aille aider à réveiller les patients, mais là on a dit non, on a mis une limite ». Une autre fois, lors d'une « fouille » généralisée des chambres des patients en raison d'une suspicion de drogue dure dans l'unité, Nour, criminologue à l'unité A, raconte qu'elle a passé du temps en salle avec les patients pour les rassurer, « j'ai essayé de les aider [l'équipe soignante] en discutant avec les patients car c'est très stressant pour eux » (voir le chapitre 5).

Réunions d'équipe et mises en commun

Le quotidien de la pratique professionnelle des UPML avance au rythme des réunions d'équipe. À côté des « réunions cliniques », qui rassemblent la quasi-totalité des professionnels, et qui évaluent les progrès et les projets des patients (voir le chapitre 4), d'autres ne visent que certains membres de l'équipe. On retrouve au moins trois autres types de réunions : des réunions de « candidature », au cours desquelles sont évalués les dossiers des potentiels futurs patients (voir le chapitre 3) ; des réunions « bilan », qui traitent de l'état d'avancement du projet d'un seul patient, réunissant tous ses référents internes à l'unité (voir le chapitre 6) ; des réunions « organisationnelles » ou « institutionnelles », qui invitent l'équipe dans sa totalité à réfléchir sur sa propre logique de fonctionnement, voire sur un objet précis de leur travail (par exemple, une réunion *ad hoc* dont l'objectif est de discuter des avancées du déménagement de l'unité) ; enfin, des « concertations », s'alignant sur les prérogatives de la réforme 107, réunissent à intervalles réguliers le patient avec les professionnels qui le suivent, qu'ils soient internes ou externes à l'unité (l'assistant de justice, l'équipe mobile TSI), afin de discuter du projet de réinsertion, d'une future candidature, *etc*. (voir le chapitre 4). Ces réunions durent en général une à deux heures et ont lieu dans des salles prévues à cet effet, dont la taille varie selon le nombre de participants et les normes « covid » en vigueur au moment du terrain[107].

Des réunions dites de « remise de service », appelées aussi « rapport » réunissent, quant à elle, l'équipe soignante et ce, très régulièrement, soit trois fois par jour, à chaque relève de *shift*, comme je l'ai déjà précisé plus haut (voir *supra*, point III, 1.). Il arrive parfois que d'autres professionnels soient présents afin de se tenir au courant des aléas du quotidien, de ce qui se passe « en salle ». La réunion est assez brève, il s'agit d'informer les collègues qui prennent la relève d'un rendez-vous chez le dentiste à ne pas oublier, d'un comportement inadéquat ou, au contraire, de tout progrès observé chez un patient.

2. À l'équipe mobile TSI, le groupe fait l'équipe

Bien que de taille plus modeste, l'équipe mobile TSI se fait l'écho des équipes en UPML : tant au niveau de la diversité des professionnels que de la nature de leurs fonctions.

[107] Par exemple, les réunions avaient parfois lieu au sein de salles plus grandes et qui permettaient une meilleur aération. Et, la plupart du temps, le port du masque était obligatoire.

A. Pluridisciplinarité et travail en binôme

De manière générale, la composition des équipes mobiles TSI varie par leur taille – on compte en moyenne entre cinq et quinze professionnels – et par les professions de ses membres. L'équipe que j'ai suivie sur le terrain est relativement récente et compte au moment de l'enquête moins de dix intervenants[108]. Pluridisciplinaires, ces équipes rassemblent, en général, un médecin-psychiatre, des infirmiers et des infirmières, des psychologues, des assistants sociaux et des assistantes sociales, des criminologues ou encore des éducateurs et des éducatrices spécialisé-e-s. Il arrive que certains exercent à mi-temps une autre fonction dans un hôpital psychiatrique ou dans un cadre libéral. Chaque équipe dispose d'un ou une référent-e qui assume un rôle de coordination et de mise en lien avec le « réseau de partenaires » qui regroupe une multitude de travailleurs psycho-sociaux appartenant à des champs d'intervention différents (handicap, précarité, santé mentale, justice, *etc*.).

Dans ses dimensions concrètes, l'accompagnement par l'équipe TSI est gratuit et est effectué par deux professionnels qui forment un « binôme ». La constitution du binôme peut être réévaluée par la suite, en fonction des besoins du patient. Ces besoins peuvent être d'ordre « matériel », portant sur la mobilité physique et géographique de la personne internée, et d'ordre « assistanciel », portant sur les démarches sociales nécessaires afin de mener à bien le projet de réinsertion. Dans le premier cas, le binôme accompagne la personne dans ses déplacements. « On bouge, mais on doit aussi rendre les gens mobiles », explique un infirmier. Par exemple, l'équipe peut être sollicitée en vue d'accompagner la personne à une audience de la CPS ou à la pharmacie afin d'y récupérer un traitement médical, ou encore à l'occasion de la visite d'un appartement. Si parfois l'accompagnement s'apparente à « faire le taxi », il porte également sur le projet de réinsertion de la personne internée, remplissant une fonction d'assistance sociale et clinique. « Équilibrer la situation psycho-sociale [de la personne internée] au niveau du logement, de la médication, des rencontres avec l'assistant de justice, de la mise sous tutelle, de la médiation de dettes, *etc*. » sont autant de façon d'agir auprès de l'intéressé.

B. Le groupe plus que les expertises individuelles

Comme pour les UPML, les réunions cliniques hebdomadaires sont au cœur de la pratique des équipes mobiles TSI. Ces moments d'échange permettent de rendre compte au reste de l'équipe du travail exécuté en binôme, des situations « problématiques » rencontrées avec certains

[108] Afin de respecter la confidentialité de l'équipe mobile TSI, je fais le choix de ne pas révéler la composition exacte de l'équipe.

patients et de discuter des aspects plus organisationnels (les congés, la participation à une formation ou encore la mise en place d'une supervision). Toutefois, le travail de l'équipe mobile TSI présente une particularité : le groupe vaut plus que les expertises de chacun et chacune.

« Dans les faits, il n'y a pas de différence entre nos fonctions, nous sommes des travailleurs sociaux », m'explique Eva, psychologue de l'équipe TSI. S'ils préfèrent garder leur « identité professionnelle », personne n'exerce sa profession individuellement et chacun des membres de l'équipe injecte un peu de sa discipline et de son expérience professionnelle dans le travail collectif. À titre d'exemple, les psychologues de l'équipe ne font pas de consultation thérapeutique avec les patients internés qu'ils suivent, le psychiatre ne prescrit pas de traitement et les infirmiers ne procurent pas de soins somatiques. Ceci traduit une forme de « déprofessionnalisation » qui permet, parmi d'autres choses, de dépasser l'écueil d'une expertise dominante, qui compterait plus qu'une autre (par exemple, la fonction prescriptive du médecin-psychiatre) (Champy, 2012). Et ce principe de « décloisonnement » professionnel est loué par certains membres de l'équipe, le qualifiant « d'hyper riche » car il permet « une prise en charge globale du patient ».

> « [À l'hôpital], là tu as vraiment des fonctions bien définies. Tu sais ce que tu fais, chacun sa fonction, et on fait les réunions, et chacun avec sa fonction amène des choses […]. Ici [à l'équipe mobile TSI], ce qui est différent, c'est que même si tu as la spécificité de ta fonction, tu es souvent amené à toucher un peu à tout. C'est à la fois intéressant, c'est très chouette, mais c'est compliqué aussi. Tu gardes ta spécificité […] mais tu n'es pas toujours à l'aise, par exemple, pour aborder la question des médicaments parce que tu ne maitrises pas, c'est compliqué, ça peut être frustrant. » (*Extrait d'entretien, 4 mars 2021*)

Pour d'autres, comme Elodie, assistante sociale à l'équipe TSI, l'avis est donc plus nuancé, soulignant que cela peut générer une certaine frustration.

IV. Des modèles de soin : tri des patients, prévention des risques et rétablissement

> Aujourd'hui, j'observe une réunion d'équipe à l'unité A. Il est question d'enjeux institutionnels. La réunion rassemble seulement une partie des professionnels de l'unité. Les psychiatres et les psychologues présents échangent sur « l'image de l'unité » et ce qu'elle renvoie de leur travail à l'instance judiciaire [la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines]. Nathan, psychologue, rapporte qu'une décision récente de libération à l'essai, rendue par une des Chambres

> de protection sociale (CPS), a mentionné qu'il « ne fallait pas envoyer [un patient] à l'unité A », car celle-ci ne défendrait pas « une gestion cohérente par rapport aux consommations » et que la politique interne en la matière est « trop laxiste ». Sur un ton ennuyé, il invite ses collègues à (ré)agir par rapport à ça : « on ne peut pas laisser passer quelque chose comme ça ! Il faut établir quelque chose là-dessus, que tout le monde soit au clair ». Les professionnels présents sont d'accord qu'il est important d'avoir une politique institutionnelle cohérente et qu'il faut impérativement « gérer les infos » transmises à la Justice, « on ne peut pas révoquer un patient car il fume un joint, sinon on n'aura plus de patients […] », insiste Nathan. Ses propos sont corroborés par Matteo, psychiatre : « il faut faire la différence entre la consommation et le *deal*, entre le soin et le comportement délinquant, et se demander ce qu'on fait quand un patient enfreint les règles, quand il consomme : faire une prise d'urine, arrêter les sorties ? ». L'équipe se met d'accord sur la nécessité de « formaliser les choses » pour les CPS, en mobilisant « un langage compréhensible ». Hugo, psychologue également, intervient : « la justice nous demande de perdre notre âme, d'être auxiliaire de justice […] alors que notre mission, c'est le soin ».
>
> *(JT, unité A, 28 septembre 2021)*

Quand Hugo, psychologue, rappelle à ses collègues que leur « mission, c'est le soin », à quoi fait-il référence ? À quel modèle ou à quelle philosophie de soin fait-il allusion ? La dernière partie de ce chapitre rend compte des différentes représentations du « soin » ou de l'activité de « soigner » sur lesquelles les équipes professionnelles s'appuient pour fonder leur intervention. La démarche entreprise ici revient à s'intéresser à ce que les *professionnels disent faire,* plutôt qu'à la manière dont *ils font ce qu'ils disent qu'ils font,* qui fait l'objet des chapitres suivants. Je me base essentiellement sur les discours institutionnels analysés à partir des sites Internet et des brochures des terrains étudiés, ainsi que de 13 rapports d'activités de trois hôpitaux psychiatriques situés en Belgique francophone, qui hébergent chacun une UPML (dont l'unité A et l'unité B). Ces rapports couvrent les années 2015 à 2022. Pour l'équipe mobile TSI, je n'ai pas eu accès aux rapports d'activité, mais j'ai pu consulter d'autres types de documentation (« note organisationnelle », « folder »), ainsi que les sites Internet et brochures d'autres équipes similaires, qui donnent un aperçu de leurs missions. Les entretiens menés avec les professionnels et la littérature scientifique *émique* (voir l'encadré 1 dans l'introduction générale de la thèse,), c'est-à-dire produite par les acteurs de l'internement, servent également de support pour l'analyse.

À partir de ce matériau, trois remarques générales peuvent être faites, à l'échelle des hôpitaux psychiatriques concernés. D'abord, on relève une forte prévalence du langage du management (Mougeot, 2017), qui encadre l'activité du soin (« offre de soins », « innovation », « miser sur le capital humain », « réalisation d'enquête de satisfaction », « gestion », « gouvernance »,

« digitalisation », « performance », *etc*.). Ensuite, dans tous les rapports d'activités épluchés, l'accent est mis sur un objectif de « qualité » (Mougeot, 2017 ; Herreros, Milly, 2006). Il s'agit d'inscrire le travail des institutions concernées dans « une perspective d'amélioration » de la qualité des soins, « mais pas dans un sens de performance, ni de rentabilité ; c'est pour le patient », m'explique la « responsable qualité » d'un de ces hôpitaux. Enfin, le programme de la réforme 107 apparait également dans les discours institutionnels, quand la focale est mise sur l'approche à la fois « globale » mais aussi « personnalisée » des soins, et sur le travail « interdisciplinaire » avec « le réseau de partenaire » (voir le chapitre 1, point IV.). Les hôpitaux psychiatriques encouragent également le développement d'équipes mobiles 107 ou TSI sur leur « territoire ».

Je me focalise à présent sur les représentations du soin des terrains d'enquête de la thèse. Deux grandes tendances se dégagent : « soigner », pour les professionnels des UPML, semble fonder sa rationalité sur le modèle de la « sécurité thérapeutique » (1.). Et cette vision, qui mise sur le « progrès thérapeutique » dans un cadre sécuritaire, tend à s'associer, depuis peu, à la figure du « rétablissement » ; à l'instar de ce qui s'observe à l'équipe mobile TSI, où soigner signifie, selon les intervenants, « s'adapter aux besoins du patient » (2.).

1. Répartir les patients internés en fonction du risque qu'ils représentent : quand soigner signifie bien orienter

Lors d'un entretien, Guillaume, psychiatre à l'unité A, m'explique qu'il essaye d'implémenter un nouveau « modèle de soin » au sein de l'hôpital et de l'UPML. D'après lui, ce modèle ne vise plus tant à organiser une trajectoire de soins, qui se voudrait « linéaire », mais plutôt, à favoriser une prise en charge « flexible et adéquate » afin que la personne internée « se retrouve là où elle doit être ». La « *gold star* du moment », poursuit Guillaume, postule que, dans un service de santé mentale médico-légal, la « bonne prise en charge » consisterait à avoir recours au principe de « *triage* », qu'il traduit lui-même par l'« orientation » de la personne internée et ce, selon quatre variables : « le bon soin, au bon moment, par la bonne équipe, au bon endroit […] », communément appelé en français, « le modèle des quatre "b" ».

Je reviens dans un premier temps sur l'origine et les significations du modèle médical du « *triage* » auquel Guillaume fait référence et qui, appliqué à notre objet, consiste à améliorer la prise en charge des patients, en orientant la personne internée vers un lieu d'internement dont

le niveau de sécurité est proportionné au niveau de risque qu'elle représente pour la société (A.). Si la pratique de la bonne orientation de la personne internée vise à garantir une meilleure réhabilitation, elle s'inscrit dans une logique managériale des soins et de gestion (voire de prédiction) des risques (B.).

A. Du « tri diagnostique » au « tri sécuritaire »

Trier les patients dans le champ médical n'est pas neuf. Des auteurs situent son origine dans les pratiques de la médecine militaire en France à la fin du XIX^{e} siècle (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014, p. 4 ; Azevedo, 2022, p. 91) alors que « le triage des blessés consist[ait] à les classer en plusieurs catégories, selon l'urgence des soins à apporter et la possibilité de les transporter » (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014, p. 4). L'idée sous-jacente est de séparer ceux qu'on peut sauver de ceux pour qui les moyens mis à disposition ne permettent pas de garantir la survie. Passé la Première guerre mondiale, le concept est arrivé dans le monde anglo-saxon, où il fait désormais partie du « vocabulaire médical », jusqu'à être « décliné sous forme de verbe, "*to triage*" » (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014, p. 5). Plus tard, après la Seconde guerre mondiale, le terme s'affirme davantage dans les domaines de la médecine humanitaire et de la médecine de « catastrophe » (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014, p. 7). Aujourd'hui, le tri des patients est au cœur du travail des service d'urgences somatiques (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014, p. 7) et psychiatriques (Marquis, Pesesse, 2021). Quand le personnage d'*Owen Hunt*, responsable du service des urgences dans la célèbre série américaine *Grey's Anatomy*, insiste auprès des jeunes stagiaires en chirurgie sur l'importance de faire « *a good triage* », il fait précisément référence au principe, traduit en français, de la « bonne orientation » du patient.

En psychiatrie hospitalière, le « tri diagnostique » fait son apparition dans les années 80, (Barrett, 1998, p. 91), alors qu'on commence à répartir les patients dans des unités de soins selon leur pathologie. Pour rappel, en Belgique, les hôpitaux psychiatriques sont divisés en différentes unités de soins et chacune d'elles accueille un « public cible ». Alors qu'une unité se caractérise par l'accueil de patients présentant principalement des « phobies sociales », des « troubles anxieux » ou encore des « troubles des conduites alimentaires », une autre se présente comme une unité pour des patients avec des « troubles sévères du comportement et/ou agressifs et des troubles psychotiques non stabilisés ». Certaines unités de soins se qualifient de « médico-légales », en ceci qu'elles hébergent des patients qui font l'objet d'une mesure judiciaire de protection, comme les unités de mise en observation (MEO), ou les unités pour patients internés libérés à l'essai (UPML), que sont l'unité A et l'unité B.

Au début de ce chapitre, j'esquissais le profil-type des patients des UPML (voir *supra*, point I.), Ces critères permettent d'ailleurs aux professionnels de « trier » les patients aux moments des demandes d'admission (voir le chapitre 3). J'approfondi ce point en prenant à présent un peu de hauteur et en posant un regard sur l'entièreté du parcours d'internement : d'autres critères entrent en jeu et permettent de justifier l'orientation d'une personne internée vers une UPML. L'examen des descriptifs des pages Internet de quatre UPML francophones et d'une UPML néerlandophone, mettent en avant ces critères, comme le montrent les cinq extraits ci-dessous :

- « Les patients doivent être sous le statut d'interné libéré à l'essai ou pouvoir y prétendre. » (UPML, FR)

- « L'unité accueille des personnes relevant de la loi sur l'internement libérées à l'essai, présentant un profil dit "medium risk". » (UPML, FR)

- « L'unité de psychiatrie médico-légale accueille des patients internés libérés à l'essai, dans le cadre du trajet de soins pour patients internés. » (UPML, FR)

- « [L'unité] accueille des patients adultes issus du trajet de soins internés et libérés à l'essai. Unité "médium risk, high care", elle accueille les patients ayant un faible risque de récidive et de passage à l'acte violent, présentant un trouble psychiatrique stabilisé. » (UPML, FR)

- « Notre groupe cible est constitué d'hommes et de femmes internés selon un niveau moyen de sécurité et présentant divers problèmes psychiatriques et sociaux. » (UPML, NL, *ma traduction*)

Premièrement, l'accès à l'étape de la libération à l'essai fait office de premier critère institutionnel et nécessaire afin de pouvoir séjourner au sein d'une UPML. Deuxièmement, on retrouve les expressions « troubles » ou « problèmes » psychiatriques, sans pouvoir véritablement distinguer la nature de ces derniers[109]. Cependant, il est précisé que le trouble mental doit être « stabilisé », ce qui suggère que la personne ne soit plus « en crise » et que son état n'est, a priori, pas sujet à évolution ou aggravation. Troisièmement, au critère de trouble mental stabilisé s'ajoute la catégorie « *medium risk* » ou « risque moyen » et son corollaire, « un niveau moyen de sécurité ». Un des critères du « public cible » des UPML est donc le niveau de risque de violence et de récidive que présente la personne internée.

Le recours au critère sécuritaire de « risque » n'est pas propre aux UPML et concerne en réalité tous les lieux d'internement. On constate en effet, depuis une dizaine d'années, l'entrée de la

[109] Les entretiens ont mis en évidence ce que les UPML rangent dans la catégorie « trouble mental », voir point I. de ce chapitre.

notion de « risque » dans la trajectoire de l'internement où « les catégories *high risk, medium risk* et *low risk* ont fait leur apparition pour classer et répartir les internés » (Cartuyvels, 2017, p. 98)[110]. Les trois niveaux de risque précités correspondent à trois niveaux de sécurité (*high security, medium security, low security*), et chacun fait écho à une étape du trajet de soins idéal-typique de l'internement (voir le chapitre 1, point III., 2., C.). À côté de la libération à l'essai en résidentiel dans les UPML (étape 2), qui vise une population d'internés présentant un niveau moyen de risque de violence et/ou de récidive, les lieux de placement (étape 1) sont prévus pour des personnes internées hautement à risque tandis que les lieux de libération à l'essai ambulatoire (étape 3) concernent, quant à eux, des personnes internées présentant un faible risque. On retrouve la même logique dans le système carcéral, où les établissements pénitentiaires sont divisés selon leur niveau de sécurité (super max, max, normal) ou du régime d'ouverture des lieux (Cartuyvels, Slingeneyer, 2019, p. 65 ; Feeley, Simon, 1992, p. 458).

B. Sécurité thérapeutique et volonté de prédire les risques de récidive et de violence

Quelques semaines après mon entretien avec Guillaume, à l'occasion d'un colloque international sur la psychiatrie légale organisé à Bruxelles[111], auquel participe une grande partie des acteurs du champ de l'internement, un professeur de psychiatrie légale (« *forensic psychiatry* ») au Trinity College Dublin, Harry Kennedy, présente les caractéristiques de ce qu'il considère être un bon « modèle de soins » (« *model of care* »). Ses propos font directement écho à ceux de Guillaume. Selon le psychiatre irlandais, l'activité des soins médico-légaux doit s'articuler autour de la notion de « sécurité thérapeutique » :

> « Un modèle de soins définit globalement la manière dont les services de santé sont proposés. Il décrit les meilleures pratiques et les services destinés à une personne, à un groupe de population ou à une cohorte de patients au fur et à mesure qu'ils progressent dans les différentes étapes de la maladie, de la blessure ou de l'événement. Il vise à garantir que les personnes reçoivent les bons soins, au bon moment, par la bonne équipe et au bon endroit. […] Ce modèle s'appuie sur des structures de sécurité thérapeutique stratifiée. » (Kennedy, 2022, p. 46, *ma traduction*[112])

[110] Cette idée de classer et trier les personnes internées selon leur « état de danger » est d'ailleurs déjà présente dans le projet de défense sociale d'Adolphe Prins (Tulkens, 1985, p. 47).

[111] « La psychiatrie médico-légale : pratiques, visions et modèles d'organisation des soins », organisé par le Service Public Fédéral Santé Publique, lors duquel des professionnels d'UPML mais aussi d'équipes mobile TSI, francophones et néerlandophones sont intervenus pour présenter leurs missions ; voy. aussi la note 78 de la thèse.

[112] « A model of care broadly defines the way health services are delivered. It outlines best practice and services for a person, population group or patient cohort as they progress through the stages of the condition, injury or event. It aims to ensure that people get the right care, at the right time, by the right team and in the right place. […] It describes the most common model of care in forensic services, which builds on structures of stratified therapeutic security. »

Sécurité thérapeutique : gérer les risques pour mieux soigner

Le modèle de sécurité thérapeutique présenté par Kennedy présuppose que le niveau de sécurité requis dans un service de soins médico-légal doit être proportionnel au risque que présente le public cible du même service : plus la patientèle est considérée comme « à risque », plus le service sera sécurisé (Kennedy, 2002). Ce modèle se veut dynamique, l'idée étant d'éviter de « détenir » un patient « à un niveau de sécurité supérieur à ce qui est nécessaire », ce qui nécessite de procéder régulièrement à une évaluation des risques que présentent le patient (Kennedy, 2002, p. 438, *ma traduction*). Si le patient se trouve au « bon endroit », c'est-à-dire dans une unité de soins dont le niveau de sécurité correspond à ses « besoins » et au degré de risque et/ou de violence qu'il représente, les chances d'un « progrès thérapeutique » sont plus élevées (Kennedy *et al.*, 2019, *ma traduction*). Enfin, ce modèle traduit une logique économique et managériale du soin, en ceci qu'il se concentre sur un usage optimal et pragmatique des ressources limitées du secteur de la psychiatrie légale (Kennedy, 2022, p. 46 ; De Page, Titeca, 2021, p. 1 ; De Page, Boulanger *et al.*, 2018).

> « L'identification et la quantification des ressources et des activités de traitement constituent la première partie de la logique du modèle qui établit un lien entre les *inputs* et les *outputs* (les gains de santé) ». (Kennedy, 2022, p. 54, *ma traduction*)

En effet, selon les défenseurs de ce modèle, « il a été constaté que l'utilisation des ressources est optimisée lorsque les patients et leurs niveaux de risque sont adaptés » (De Page, Titeca, 2021, p. 1).

Pour développer et défendre le modèle de la « sécurité thérapeutique », Kennedy énumère toute une série de « lignes directrices » (« *guidelines* ») en des termes très pratiques (Kennedy, 2022)[113] : chaque unité de soins doit être agencée et organisée de telle façon à contenir le niveau de risque de sa patientèle et chaque niveau de risque répond à des exigences sécuritaires précises dans un souci de standardisation, ce qui permet que les services qui présentent un même niveau de sécurité soient organisés partout de la même façon.

[113] L'article de H. Kennedy sur lequel je m'appuie pour décrire le modèle de sécurité thérapeutique propose d'ailleurs un questionnaire à choix multiples en fin de texte, permettant au lecteur d'entrainer sa compréhension dudit modèle. Par exemple, « *Medium-term security : a) is usually organised for populations of 1.5– 3.5 million; b) has lower relational security levels than high secure hospitals ; c) generally discharges patients within 18 months ; d) staff usually provide other community services and e) can best be described by patient characteristics, not security properties* ».

> « Tout service de santé mentale, qu'il s'agisse d'un hôpital spécialisé ou d'une équipe de santé mentale communautaire […], d'un service pour personnes âgées ou d'un service de pédopsychiatrie, peut être décrit en fonction de ses caractéristiques de sécurité environnementale, relationnelle et procédurale. » (Kennedy, 2002, p. 434 ; *ma traduction*[114])

Par exemple, un « service communautaire », qui présente un « niveau moyen de sécurité », à l'instar des UPML, doit disposer de barrières à « mailles serrées », d'un bâtiment suffisamment équipé pour éviter les « évasions », ou encore, de vidéosurveillances dans certaines parties du bâtiment. Ce service présente également un ratio soignants-patients relativement élevé et invite les professionnels à régulièrement pratiquer, par exemple, la « fouille » des chambres des patients et le contrôle de l'accès aux biens de ces derniers (Kennedy, 2002, p. 435-437, *ma traduction*).

Le principe du *triage* des personnes internées selon le risque qu'elles représentent, ainsi que le modèle de la sécurité thérapeutique que je viens de présenter, a, depuis un peu moins de dix ans, pénétré les discours de certains acteurs des soins médico-légaux[115] des deux côtés de la frontière linguistique belge (Jeandarme, Habets *et al.*, 2019 ; De Page, Boulanger *et al.*, 2018 ; Pham, Habets *et al.*, 2019 ; De Page, Titeca, 2021). En effet, ces derniers prêchent en faveur d'une organisation des soins qui serait basée sur « l'évaluation du niveau de sécurité dont un patient médico-légal a besoin pour suivre un traitement en toute sécurité » et afin d'être « réhabilité », précisant que « le niveau de sécurité doit être compatible avec les risques et les besoins des patients et proportionnel à la gravité des risques » (Jeandarme *et al.*, 2019, p. 205, *ma traduction*). Les mêmes acteurs regrettent que « des critères et des procédures clairs pour soutenir ce processus de prise de décision fassent actuellement défaut en Belgique », où « les tribunaux et les juges sont donc enclins à se fier à leur "bon sens" ou à un jugement non structuré » (Jeandarme *et al.*, 2019, p. 205, *ma traduction*).

Dans les UPML belge, dont les deux unités étudiées, ce modèle trouve progressivement une place, comme le montrent les explications données par Guillaume, psychiatre à l'unité A. Toutefois, il n'est pas toujours présenté en ces termes par l'ensemble des professionnels et, en pratique, il n'est pas toujours appliqué avec la même rigueur dans chaque unité. À en croire

[114] « Any mental health service, be it a special hospital or a community mental health team (CMHT), an old age service or a child psychiatry service, can be described according to its environmental, relational and procedural security characteristics. »

[115] Par « soins médico-légaux », les acteurs de terrain en faveur de l'orientation sécuritaire désignent tant les mesures de protection de type MEO que l'internement « pénal ».

leurs rapports d'activité et la présentation qu'elles font de leurs activités, selon le régime plus ou moins ouvert des unités, la « culture de la sécurité » ne sera pas la même. Par exemple, dans son rapport d'activité datant de 2016, l'unité A rend compte de toute une série de nouveaux dispositifs sécuritaires mis en place en raison de « l'environnement "à risques" » de l'hôpital concerné, qui « nécessite un niveau de sécurité adapté ». Par exemple, l'introduction des badges dans le service, la mise en place d'un programme de gestion des flux et des accès, le recours aux DECT (*talkie-walkie*) qui permettent une « communication rapide » en cas de situations « dangereuses » ou d'« insécurité », la pose de nouvelles caméras, et même la présence renforcée d'agents de gardiennage. L'attention portée à tout cet appareillage sécuritaire rappelle les recommandations du professeur irlandais.

Échelles de risque : mesurer et prédire les risques pour mieux soigner

Lors de la conférence organisée en juin 2014 par l'Association Internationale des Services de Santé Mentale Médico-Légale[116], le professeur irlandais de psychologie légale, Harry Kennedy est un des principaux intervenants. À cette occasion, il déclare que « l'affectation au sein de l'hôpital [est] un processus d'évaluation et de gestion des risques » et explique que les risques qu'un patient médico-légal peut représenter peuvent être évalués à l'aide d'« un instrument de jugement professionnel structuré », qui permet aux professionnels de « décider qui doit être admis à quel niveau de sécurité thérapeutique »[117].

Les instruments auxquels il fait référence sont communément appelés des « échelles psychométriques » et, en particulier, des « échelles de risque ». Celles-ci doivent permettre de juger de la pertinence du passage d'une structure de soins médico-légale à une autre, généralement d'un service *high security* vers un service *medium security* et, enfin, *low security.* On dénombre aujourd'hui un nombre très important d'échelles (certains parlent de plus d'une centaine d'instruments psychométriques ; Gautron, Milburn, 2023, p. 112). Aux premières échelles statiques se sont ajoutées des échelles dites dynamiques, à même de prendre en compte l'évolution de la personne concernée (généralement, un détenu ou un patient médico-légal) (Dubourg, Gautron, 2014, [en ligne]). « Ces instruments s'appuient sur des méthodes statistiques inspirées des pratiques assurantielles, afin de déterminer les niveaux de risque associés à un groupe de délinquants présentant des caractéristiques communes, et, sur la base

[116] "The 14th Annual Meeting of the International Association of Forensic Mental Health Services", 19-22 June 2014, Toronto, Ontario, Canada ; accessible en ligne : https://www.youtube.com/watch?v=LdXomHUKX40

[117] J'ai moi-même traduit les propos d'Harry Kennedy, mais des sous-titres français générés par Youtube sont disponibles dans la video : https://www.youtube.com/watch?v=LdXomHUKX40

de ces corrélations, de prédire le comportement criminel futur d'un individu spécifique (Harcourt, 2011a) » (Dubourg, Gautron, 2014, [en ligne]).

En Belgique, l'évaluation au moyen d'échelles de risque en amont d'une admission, c'est-à-dire afin d'orienter une personne internée dans l'un des trois niveaux de structures d'internement précités (*high*, *medium* et *low security*) n'est pas encore une pratique répandue, au contraire de ce qui se fait aux États-Unis (Barreau, 2019, [en ligne]). Certains acteurs regrettent le non-recours aux outils psychométriques au tribunal et, notamment, à la Chambre de protection sociale, car ces instruments permettraient de rendre l'évaluation et les décisions moins subjectives et plus scientifiques. Bien que les « défenseurs » des échelles reconnaissent qu'il revient aux « cliniciens » de décider de l'admission d'une personne dans une structure médico-légale, ils s'inquiètent que « ces décisions [ne fassent] l'objet de nombreuses discussions et [que] même des cliniciens expérimentés [puissent] parvenir à des conclusions différentes » (Jeandarme *et al.*, 2019, p. 209). Les échelles de risque seraient donc un gage de sérieux et de scientificité face au caractère incertain des décisions prises suite à une évaluation basée sur le jugement et l'observation des professionnels. D'autres, plus méfiants, mettent en garde contre les possibles dérives que pourrait causer l'usage systématique de ce type d'instruments, craignant l'avènement d'une « justice résolument robotique » en matière pénale notamment (Cartuyvels, Slingeneyer, 2019, p. 74). Selon ces derniers, l'objectivité revendiquée des outils psychométriques doit être fortement nuancée puisque les échelles font, en réalité, appel à la subjectivité de celui qui la crée et qui l'utilise (Cartuyvels, Slingeneyer, 2019)[118].

Cependant, en dehors des tribunaux, sur le terrain des UPML belges, les échelles de risque se frayent progressivement un chemin ; elles y sont même parfois considérées comme des outils réguliers d'évaluation (voir le chapitre 4). À l'unité A, par exemple, l'évaluation du risque dite « structurée » car menée à l'aide d'outils psychométriques, s'est en effet généralisée depuis quelques années. Les professionnels de l'unité B, quant à eux, ne mobilisaient pas ce type d'outils au moment de l'enquête de terrain, bien que la question des échelles d'évaluation ait, à plusieurs reprises, fait l'objet de discussions pendant les réunions d'équipe, laissant présager une arrivée prochaine des échelles au sein de l'unité. Selon certains acteurs d'UPML, recourir à la psychométrie est une forme « d'obligation de l'État », qui émanerait directement du

[118] Pour plus d'informations sur les différents arguments en faveur ou en défaveur de l'usage des échelles de risque en Belgique et à l'international, voy. Gautron, V. et Dubourg, É. (2014). La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel. *Criminocorpus. Revue d'histoire de la justice, des crimes et des peines, 4*, [En ligne]. https://doi.org/10.4000/criminocorpus.2916

ministère de la Santé publique. Les autorités encourageraient les unités à utiliser, certes de façon minimale, des instruments psychométriques. Les échelles seraient, en effet, perçues comme une garantie pour offrir un « soin de qualité ». Pour d'autres, la démarche reste optionnelle. Décider de recourir à ces outils d'évaluation incombe aux unités elles-mêmes : « c'est un outil mis en place de façon volontaire, c'est un souhait de la hiérarchie, mais on n'est pas tenu contractuellement de le faire, si on veut arrêter, c'est ok. », précise un psychologue. À l'équipe mobile, ce type d'outil n'est pas utilisé et rien ne permet de dire, au moment de l'enquête de terrain, s'il fera une entrée prochaine au sein de l'équipe.

Selon les discours institutionnels des UPML, l'évaluation par le biais d'échelles de risque répond à deux objectifs : d'une part, elle aide à déterminer le « profil comportemental » des patients internés grâce à de « nouveaux indicateurs » et, d'autre part, elle cherche à contribuer aux savoirs en la matière au moyen de publications d'articles scientifiques. Les psychologues et les criminologues des unités, étant les seuls professionnels formés à utiliser ces instruments, plaident en faveur de cette pratique car elle permet de « structurer la pensée », et « d'éclairer certains points du travail d'intervention ». L'utilisation des échelles aurait même pour ambition de prédire le risque. Nathan, psychologue à l'unité A, m'explique qu'« en tant que psychologues, beaucoup de personne ne trouvent pas ça idiot qu'on nous demande de surveiller ça [le profil de risque des patients], car les personnes ici [à l'unité] ont commis un crime, il faut potentiellement savoir si elles vont récidiver » (*Extrait d'entretien, 10 mai 2021*). Toutefois, les professionnels soulignent eux-mêmes le « danger d'anesthésie de la pensée » que peut générer un recours trop systématique à ces échelles. L'observation des pratiques d'évaluation et des comptes-rendus des « résultats » de ces évaluations pendant les réunions d'équipe montrent la place donnée à ces instruments et aux « données » qu'ils produisent. J'aborde ces enjeux dans le chapitre 4.

Depuis peu, à côté d'une vision du soin et même du « bon soin » pensée sous le prisme de la sécurité thérapeutique et de la gestion des risques, la figure du « rétablissement » a fait son apparition dans les discours institutionnels et professionnels.

2. « Tout pour le patient mais avec le patient » : quand soigner signifie rétablir

Lors d'un entretien avec Thomas, kinésithérapeute à l'unité A, celui-ci m'explique que c'est important que le « patient vienne de lui-même » aux activités. Il aborde ensuite les travaux de

rénovations et le déménagement des unités de l'hôpital, en cours au moment de l'enquête, qui s'accompagnent, me dit-il, d'un « changement de philosophie de soin ». Je lui demande ce qu'il entend par là : l'air un peu dubitatif, il m'explique que « c'est basé sur le rétablissement, qui encourage la participation du patient à la thérapie ».

J'ai décrit dans le chapitre précédent (voir le chapitre 1, point IV.) l'avènement de la philosophie du rétablissement depuis la fin des années 90, comme nouvelle justification des pratiques d'intervention en santé mentale. Celle-ci vise à repenser la relation soignant-soigné, en donnant une place plus importante au second. Sur la scène de l'internement, marqué par une histoire et un contexte pénal et sécuritaire, le rétablissement occupe également une place, quoique son arrivée dans les discours des terrains est relativement récente. Je montre, à présent, la place donnée à cette nouvelle façon de penser le soin dans les discours des terrains étudiés, à l'UPML et à l'équipe mobile TSI afin de rendre compte de la façon dont celle-ci se combine à l'objectif sécuritaire décrit précédemment.

À la fin du chapitre 1, j'ai brièvement expliqué ce que la philosophie du « rétablissement » recouvre à partir de la définition qu'en donnent ses principaux promoteurs (Deegan, 1998 ; Pachoud, 2012) ainsi que la place qu'elle occupe dans la littérature des sciences sociales (Linder, 2023 ; Demailly, 2018), et la façon dont elle émerge dans les principes de la réforme belge des soins de santé mentale (« psy107 » ; Jacob, Macquet, Natalis, 2016 ; Marquis, Susswein, 2020). L'idée ici n'est pas de revenir sur toutes les significations que peut revêtir la notion de « rétablissement », mais de montrer comment elle émerge dans les discours institutionnels et professionnels des UPML et des équipes mobiles TSI. Ce faisant, je ne me réfère pas seulement aux occurrences du mot « rétablissement », je prends aussi en compte les expressions qui se rapportent aux « jeux de langage » de celui-ci, à savoir « faire de la personne l'acteur principal de son parcours » (Wittgenstein, 2014, §23 ; Marquis, Moutaud, 2020, [en ligne]) : co-construction, capacité, autonomie, *empowerment*, partenaire, projet, *etc*.

Les rapports d'activités de trois UPML montrent que soigner ne vise plus tant à guérir le patient interné, mais à « développer les ressources » de ce dernier, c'est-à-dire à le « rétablir », en le plaçant au centre de son trajet de soins, et en prenant en compte ses besoins. Tout est pensé pour favoriser son rétablissement, c'est-à-dire pour « aller mieux » (Linder, 2023).

> « Avant de soigner des maladies nous soignons des personnes. Accueillir la demande du patient, entendre le patient et le placer résolument au centre de nos prises en soins et de nos dispositifs est une priorité. » (UPML, 2022)

> « Ces activités [thérapeutiques], de manière formelle ou informelle, font sens et s'inscrivent dans le rétablissement du patient. » (Unité B, 2021)

> « Le trajet de soins s'articule autour du bénéficiaire, acteur de son suivi. […] C'est cela le rétablissement. Le bénéficiaire développe une connaissance de son fonctionnement, intègre son expérience de la maladie et exprime ses besoins. Le soignant fait de même : il apprend de son interlocuteur et lui exprime, en fonction de ses connaissances mais aussi de son vécu, ses propres attentes et ses besoins. Le rétablissement est donc une manière de percevoir le soin comme un échange, où, pour chacun, les besoins sont exprimés et le confort mutuel assuré. » (Unité A, 2019)

Les missions de l'équipe mobile TSI, qui concrétise une prise en charge ambulatoire, sont décrites en des termes similaires. Le discours est axé sur « l'implication du patient dans son projet de soin », ce qui consiste à réfléchir et à définir les objectifs de l'intervention « avec » celui-ci. Soigner, reviendrait à « s'adapter » aux singularités du patient interné, n'opérant ainsi pas de distinction selon le type de pathologie. La figure du rétablissement semble, en effet, fournir « une rationalité thérapeutique et morale aux processus de désinstitutionalisation et à l'organisation de services ambulatoires soignant les personnes dans leurs milieux de vie. (Marquis, Moutaud, 2020, [en ligne]).

Les discours institutionnels des terrains sont bien intégrés par les professionnels. Les références à « l'autonomie », comme objectif de l'intervention, et les notions d'« autodétermination » et d'« *empowerment* » du patient son très présentes. Guillaume, psychiatre à l'unité A, m'explique qu'« il ne s'agit pas seulement de soigner, il faut aussi donner du sens ». D'après lui, l'activité du soin doit mettre l'accent sur « la relation entre le soignant et le soigné, la trajectoire, l'autonomie et la responsabilité du patient ». Il insiste également sur la nécessité d'encourager la « co-construction ». À l'équipe mobile, le « bon soin » consiste à évaluer le projet de vie « en fonction des besoins du patient et de ses capacités » et à « accompagner le patient dans ses démarches ». Antoine, infirmier à l'équipe mobile TSI, remet en question la demande générale d'autonomisation, insistant sur l'importance d'adapter les attentes en fonction des capacités du patient :

> « Ce qui est compliqué dans le trajet de soin, c'est cette demande d'autonomisation à tout prix… alors que de base, on est dans de la psychose, ce sont des valeurs qui ne vont pas ensemble. Ça ne veut pas dire que tu ne peux pas travailler avec la personne pour qu'elle évolue mais ça veut dire que tu ne dois pas attendre de chaque personne la même chose. » *(Extrait d'entretien, 18 février 2021)*

À l'inverse du modèle des « 4b » expliqué plus haut, le « rétablissement propose davantage des valeurs et de grands principes qu'une manière de faire précise » (Linder, 2023, p. 157). Et pourtant, sur les terrains persiste une volonté de rendre les principes de rétablissement les plus concrets possibles. L'émergence récente du rétablissement et ses jeux de langage dans les UPML (après 2015) traduit des terrains en transition, qui s'alignent progressivement sur une nouvelle façon de (se) représenter le « bon soin ». Pour preuve, la transition se concrétise par des travaux de rénovation, voire même par la mise sur pied de nouvelles unités de soins dont l'objectif de rétablissement est clairement évoqué. Les « nouveaux espaces » sont prévus pour permettre au patient interné de « réaliser son potentiel et faire face aux difficultés de la vie ». À l'occasion d'une visite d'un chantier d'une de ces nouvelles constructions, je fais le tour des futures chambres avec les professionnels. « Chaque chambre aura une arrivée d'eau », dit la guide, « l'idée est de pouvoir externaliser les interventions en chambre ». Par exemple, les chasses d'eau des toilettes des chambres seront accessibles à l'extérieur. Sur un ton moqueur, une infirmière lance au psychiatre présent, « tu vois, c'est ça le rétablissement avec les patients, ils vont pouvoir nettoyer avec nous ! ». Néanmoins, le rétablissement, tel qu'il apparait dans les discours des acteurs de l'internement, n'est possible qu'à condition d'un cadre sécuritaire suffisamment ajusté pour contrôler les risques de récidive. Soigner, c'est rétablir dans la sûreté. En effet, dans certains rapports d'activités, on observe que l'objectif qui vise à « renforcer *l'empowerment* » des patients internés est mis au même pied que l'impératif de renforcement de « la gestion des risques et de la sécurité ». À l'UPML, placer le patient au centre de l'intervention et sécurité thérapeutique vont de pair. Soigner pour les professionnels revient à travailler avec la personne sur ses capacités et ce, tout « en considérant les facteurs de risque et protecteurs qui lui sont propres ». Soigner vise aussi à réinsérer la personne dans la société. Pour ce faire, il est nécessaire « qu'elle bénéficie des bons soins, au bon moment, au bon endroit à chaque étape de son projet de vie » et qu'un tel « programme de soins », fondé sur une approche humaniste, « améliore le bien-être et limite autant le risque de récidive que la réintégration en prison ».

L'équipe mobile TSI, dont le « jeune âge » rappelle qu'elle a été créée dans un contexte de transformation des façons de soigner et marqué par la figure du rétablissement, laisse également entrevoir, dans son discours, une prise en compte de la dimension judiciaire inhérente à la mesure d'internement. Si la prise en charge ambulatoire consiste à « travailler avec le patient », il s'agit aussi de « faire avec » la contrainte judiciaire. « On sait, en fin de compte, que c'est la justice qui décide », précise Elodie, assistante sociale à l'équipe mobile TSI.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Prenant appui sur les développements et les évolutions sociolégislatives exposés dans le chapitre précédent, les unités psychiatriques médico-légales et les équipes mobiles TSI se révèlent être deux terrains « novateurs » en matière d'internement. D'après le trajet de soins idéal-typique, les UPML occupent une position intermédiaire : créées pour venir à bout de l'épineuse question des annexes psychiatriques de prison, la création des unités permet de bifurquer la trajectoire des personnes internées vers le secteur de la santé mentale. Ceci représente un premier basculement de la sécurité vers le soin. Après les « prisons-asiles » (les annexes psychiatriques) et les « asiles-prisons » (les Établissements de Défense Sociale), les UPML incarnent une forme modernisée de l'« asile » pour des patients psychiatriques qui ont commis une infraction pénale. En parallèle, nées de la rencontre entre la Réforme 107 et la loi pénale du 5 mai 2014, les équipes mobiles TSI procèdent au même basculement et renforce l'idée qu'une prise en charge ambulatoire et non-contraignante des personnes internées est possible. Elles prolongent à l'extérieur des murs, quand c'est nécessaire, le travail des lieux d'internement. Intervenant auprès de la même population (les personnes internées), les UPML et les équipes mobiles TSI n'admettent toutefois pas les mêmes critères d'inclusion. Là où les équipes mobiles ne font pas de distinction quant à la pathologie ou au fait commis, adoptant un suivi plus individuel et ponctuel, les unités psychiatriques médico-légales se donnent le droit de refuser, en raison du cadre de vie communautaire et résidentiel qui les caractérise, et en théorie du moins, des personnes ayant commis des infractions à caractère sexuel et qui présentent un handicap mental ou des traits antisociaux marqués. Le chapitre suivant analyse le « traitement des candidatures » dans les UPML et souligne le poids relatif de ces critères formels dans l'évaluation.

Les UPML sont aussi des lieux de vie pour une trentaine de patients internés, à un moment particulier de leur trajectoire de soins : au moment de la libération à l'essai, soit après la prison et avant la réinsertion. Elles sont également des lieux de travail pour une vingtaine de professionnels de l'intervention psycho-médicosociale. À la différence du modèle « total » de l'asile tel que catégorisé par Goffman (1968 [1961]), ces unités s'ouvrent vers l'extérieur et réduisent, dès lors, le « fossé » (Goffman, 1968 [1961], p. 49) qui sépare les « soignants » des « soignés » et la vie à l'intérieur des murs de la vie en dehors. De son côté, l'équipe mobile TSI opère dans les interstices et se rend là où le patient « demandeur » se trouve, peu importe sa place dans la trajectoire d'internement. Dans les deux cas, les équipes sont pluridisciplinaires

et rassemblent une même variété de disciplines (travail social, criminologie, psychologie, psychiatrie, ergothérapie, sciences infirmières, *etc*.). Et même si chacun des professionnels revendique un champ d'intervention et une expertise propre, l'accent est mis sur le travail d'équipe, qui prend forme aux moments des délibérations et des réunions d'équipe et ce, en particulier à l'équipe mobile TSI.

Les UPML ancrent leurs interventions dans le modèle de la sécurité thérapeutique. Tout droit venu des pays anglo-saxons, celui-ci vise à gérer et à mesurer le risque de violence et de récidive que présente une personne internée à des fins thérapeutiques et de réinsertion. Récemment, la philosophie du « rétablissement » a fait son entrée dans les discours institutionnels et professionnels, tant dans les UPML qu'à l'équipe mobile TSI : le « bon soin » tend à prendre en compte les besoins du patient interné et à construire avec ce dernier son projet de réinsertion, entendu que celui-ci assure la diminution du risque d'un nouveau passage à l'acte (voir le chapitre 4). Le rétablissement dans l'internement prend, dès lors, une teinte sécuritaire.

La tension dedans-dehors générée par l'organisation interne et matérielle des unités, la différenciation forte des expertises professionnelles à l'œuvre, tout comme des visions du soins, qui, si elles sont souvent assimilées, peuvent paraitre opposées, rendent le travail quotidien des UPML et de l'équipe mobile TSI extrêmement compliqué. L'intérêt de la démarche proposée ici ne porte pas sur ce que le rétablissement sur fond sécuritaire ou la sécurité thérapeutique disent ou prédisent, mais plutôt sur ce que les professionnels *font* de ces modèles et leurs prédicats. Dès lors, je regarde, à partir de la deuxième partie de la thèse, comment les tensions issues de cet effort de conciliation s'opérationnalisent en pratique, à l'aide des observations ethnographiques des interventions directes des professionnels et de leurs réunions d'équipe.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Les terrains d'enquête, UPML et équipe mobile TSI, sont des formes de concrétisation contemporaine des idées de la défense sociale dont on peut situer les premiers efforts théoriques et législatifs à partir de la fin du XIX^{e} siècle. Quand le professeur de droit, Thonissen (1873) et, un peu plus tard, le ministre de la Justice, Le Jeune (1890), envisagent la mise sur pied d'une « prison hospice » ou d'« asiles spéciaux », ils sont loin d'imaginer qu'un siècle plus tard, certains hôpitaux psychiatriques hébergeront dans leurs murs des unités de soins exclusivement réservées aux « malades irresponsables », pouvant bénéficier d'une forme de libération sous contrainte. Sans doute ne pouvaient-ils pas non plus imaginer que des équipes mobiles, dont le travail ne serait pas délimité par un lieu fixe, interviendraient dans le suivi spécifique de ces personnes, tout en leur garantissant le choix de décider elles-mêmes si elles désirent bénéficier d'un tel accompagnement. Sur près de deux siècles, le sort des « aliénés délinquants » a, sans nul doute, considérablement évolué, à tout le moins sur le plan législatif et institutionnel.

Si cette première partie donne le contexte sociolégislatif de l'internement et délimite le cadre et les principaux fondements qui régissent l'intervention des professionnels sur les terrains à l'étude, elle ne dit pas grand-chose des pratiques et interactions qui prennent place dans ces contextes sociaux particuliers. Héritières des institutions de la défense sociale, les UPML et les équipes mobiles TSI possèdent une existence propre et autonome et sont confrontées à des réalités et des situations sociales aussi singulières que complexes. Sur quoi repose réellement l'évaluation et l'intervention des professionnels ? Comment, en pratique, tentent-ils d'amener le patient vers la réinsertion et la sortie de l'internement ? On l'a vu, la différenciation professionnelle, parfois difficile à lire, enjoint aux professionnels de travailler ensemble. Que permet vraiment la division du travail, telle qu'elle s'opère à l'UPML et à l'équipe mobile TSI ? Comment les professionnels parviennent-ils à surmonter de concert les épreuves que pose leur travail au quotidien et jusqu'où questionnent-ils les fondements de leur pratique ? Avec quelle marge de manœuvre ? Quelle place est donnée aux outils jugés nécessaires à l'intervention et à l'évaluation (par exemple, les échelles de risque) ? Et, enfin, qui décide ? Par la démarche ethnographique, qui s'est révélée particulièrement utile pour saisir au plus près les moments d'interaction, de réflexion, mais aussi les désaccords et les tentatives de résolution des situations jugées « problématiques », je tente de répondre à ces questions dans les chapitres suivants.

DEUXIEME PARTIE

L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET L'AUTONOMIE DE L'EVALUATION

Chapitre 3. Accepter un patient interné prêt à se responsabiliser : l'évaluation des candidatures

Chapitre 4. Mesurer la réinsérabilité des patients internés : l'évaluation des projets de sortie

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

> Je croise Éléonore, ergothérapeute. On échange dans l'espace prévu pour les activités d'ergothérapie. Elle m'explique que « les activités visent à l'autonomie et à l'évaluation de l'autonomie » et que « toutes les deux semaines », elle accompagne les patients à l'extérieur de l'unité pour « faire le linge ». L'important, selon elle, c'est de « mettre le patient dans une situation écologique, le but est qu'il puisse gérer seul ensuite ». Elle me parle de l'activité cuisine : « il faut préparer une entrée, un plat et un dessert. [Les patients] sont à trois, chacun fait un truc. Il faut voir comment le patient gère de A à Z : cela commence avec la liste de courses, les quantités, le budget, il faut tenir compte du régime alimentaire, *etc*. Le mercredi, on va au [supermarché], ce sont des "courses thérapeutiques", il faut apprendre à se débrouiller seul et redonner un rôle et un sens à l'extérieur ». Elle précise que « généralement, il y a trois ingrédients à retenir, il faut utiliser la balance pour les légumes, le *self-scan*. Je vois si le patient est attentif. Il faut cuisiner ensuite jusqu'à midi ». Je comprends que l'accent est mis sur l'évaluation du projet. Je l'interroge ensuite sur la manière d'évaluer : « jusqu'à présent, on s'en tient à des notes d'observation, on n'utilise pas de grille d'évaluation, mais on souhaite qu'on en utilise plus pour le projet de sortie ». Elle m'explique qu'elle fait parfois « passer une SKIP », une échelle d'évaluation du QI pour des personnes avec des troubles psychiques. Elle aimerait davantage accompagner le patient pour son projet de sortie, le soutenir dans ses démarches car « c'est parfois difficile à élaborer pour le patient ».
>
> *(JT, unité A, 24 juin 2021)*

Dans cette deuxième partie, je plonge dans les pratiques des unités psychiatriques médico-légales, celle des équipes mobiles TSI intervenant au second plan. Et comme le suggère l'extrait, l'évaluation des patients, de leurs capacités et de leur projet de vie, est au cœur des pratiques.

Je commence par le commencement : le travail des UPML s'entame dès l'arrivée d'un nouveau patient. À la différence des lieux de placement, hautement sécurisés, qui ne sont pas en mesure de choisir leur patientèle, les professionnels des unités peuvent choisir leurs patients, suivant un processus de « traitement des candidatures », selon les termes employés par les acteurs de terrain. Ce dernier consiste à évaluer si le futur patient répond aux critères du « candidat idéal » afin de poursuivre sa libération à l'essai au sein de l'unité. Dans le cas où le patient est admis, s'en suit une évaluation continue de ses capacités et de ses avancées jusqu'à la fin de l'hospitalisation. C'est alors le projet de réinsertion du patient qui est soumis à l'appréciation des professionnels.

Deux moments cruciaux d'évaluation encadrent donc l'intervention des UPML : à l'admission, d'une part, et en vue d'une sortie définitive, d'autre part. Les chapitres 3 et 4 dont il est question dans cette deuxième partie analysent les pratiques d'évaluation des professionnels ainsi que la marge de manœuvre dont ils disposent pour évaluer « leurs » (futurs) patients. Dans les deux cas, l'enjeu est le même : les professionnels ne peuvent pas accepter n'importe quel patient au sein de l'unité, celui-ci doit « convenir » au cadre ; et ils ne peuvent pas non plus laisser sortir n'importe quel patient, celui-ci doit être suffisamment « convenable », selon les attentes en termes de réinsérabilité. Toutefois, l'enquête montre qu'une large majorité de candidats sont admis et que la quasi-totalité des patients quittent l'unité au bout d'un moment. Comment expliquer cette tendance ? Une candidature idéale et un projet de sortie « prometteur » correspondent à des critères d'autonomie précis, performés lors des évaluation en équipe. Quels sont les éléments qui importent réellement dans l'évaluation ? Les deux chapitres qui suivent s'emparent de ces questionnements, opérant une analyse pragmatique de la production des critères d'évaluation des patients et de leurs projets et, aussi, de la pratique d'évaluation elle-même dans le cours de l'action.

Le chapitre 3 prend pour objet l'évaluation des candidatures. À côté des critères formels d'inclusion, mentionnés dans le chapitre précédent, qui servent de balise pour orienter le patient vers un lieu de prise en charge adéquat, c'est le référentiel de la reconnaissance et de la capacité du patient à faire quelque chose de sa situation qui prime dans la sélection des futurs patients par les professionnels. L'analyse du déroulé d'une partie du « traitement des candidatures », la focale étant mise sur les réunions d'équipe lors desquelles les dossiers sont mis en récit et les périodes d'essai évaluées, fait apparaitre une série de contraintes organisationnelles et institutionnelles qui peuvent chambouler ce travail d'évaluation. Le chapitre 4, quant à lui, approfondi les significations concrètes du critère de l'autonomie, central dans la pratique des UPML et indispensable pour envisager une réinsertion. En revers, il semble que l'autonomie dont disposent les professionnels pour mener ces évaluations puisse être menacée, par exemple, par l'instance pénale qui régit la mesure d'internement ou encore par la demande de recourir à des dispositifs d'évaluation standardisés.

CHAPITRE 3

ACCEPTER UN PATIENT INTERNÉ PRÊT À SE RESPONSABILISER : L'ÉVALUATION DES CANDIDATURES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

> Il est presque 15h, la réunion hebdomadaire de l'unité B est sur le point de se clôturer. Margaux, ergothérapeute, aborde rapidement la situation d'un dernier patient, inscrit à l'ordre du jour : Monsieur K. Il se plaint que le psychiatre n'est pas venu le voir. « Je lui ai rappelé que c'est de lui que la demande doit venir », insiste Margaux. Amandine, infirmière, explique au reste de l'équipe qu'elle soupçonne « un problème de conso » chez Monsieur K. et qu'à la demande de souffler dans un éthylotest, il n'était « pas content ». « Je lui ai renvoyé que ça pouvait renforcer le lien de confiance », précise-t-elle. Amélie, psychologue, se joint également à la discussion. Monsieur K. est en réalité en période d'essai à l'unité B : « Il est en mois d'essai, il fume et il vient nous le dire ! On dirait qu'il se sabote lui-même ». Sur le point de quitter la réunion, c'est Vincent, psychiatre, qui met fin à l'échange. « Vu ce contexte, j'ai du mal à dire "oui" à sa candidature, j'ai des doutes sur ses motivations à arrêter de consommer. Or, il doit arrêter car c'est dans ses conditions [les conditions légales de sa libération à l'essai]. Il était à l'HPS, c'est un gros enjeu de venir ici. Est-ce que notre service est le plus approprié ? Est-ce que c'est le bon timing ?
>
> *(JT, unité B, 17 mai 2021)*

En matière de candidatures pour un séjour au sein d'une unité psychiatrique médico-légale, l'admission est la règle et le refus l'exception. Selon les statistiques internes des unités, qui me sont rapportées par les psychologues et les criminologues, environ 80 % des candidatures sont acceptées. Le haut taux d'admission est lié à une série d'enjeux qui, comme on le verra dans ce chapitre, sont d'ordre humanitaire (volonté de ne pas laisser les personnes internées stagner en prison) et institutionnel (nécessité de remplir les lits psychiatriques des unités pour conserver les subsides). Cependant, accepter un patient au sein de l'unité n'est pas automatique. L'évaluation des candidatures est un processus de longue haleine qui génère de nombreuses discussions entre les professionnels. Dans ce chapitre, j'examine en quoi consiste le « traitement des candidatures » au sein des unités, terrain privilégié de la thèse, ainsi que les épreuves que l'activité génère pour les professionnels. Que signifie admettre un patient pour un séjour à l'UPML ? Comment les professionnels évaluent-ils une candidature ? Et quels sont les éléments pris en compte dans l'évaluation ? Autrement dit, quels sont les critères mobilisés par les professionnels pour évaluer la qualité d'un candidat ? Enfin, de quelle marge de manœuvre disposent-ils dans l'évaluation et la prise de décision d'une admission ?

En amont d'une décision d'admission ou de refus, les professionnels s'appuient sur différents dispositifs d'évaluation (le dossier de candidature, un entretien avec la personne internée, une période d'essai) qui leur permettent de définir collectivement les critères du candidat idéal. Si

celui-ci est en mesure d'adopter une attitude réflexive et responsable vis-à-vis de sa situation et des faits infractionnels qu'il a commis, il doit également prouver qu'il est capable d'adhérer au cadre de l'intervention. L'entièreté du processus d'évaluation des candidatures s'inscrit dans un contexte macrosocial (les politiques pénales et de santé mentale qui encadrent la mesure d'internement) et microsocial (les enjeux liés au travail et à l'organisation des UPML) qui, parfois, pèsent sur les professionnels et leur prise de décision.

Dans le cadre de l'enquête de terrain, je me suis focalisée sur un morceau du « traitement des candidatures », à savoir la production de la candidature à travers sa réception par les professionnels. Pour ce faire, j'ai attaché une importance particulière à l'observation des réunions d'équipe lors desquelles les professionnels mettent en récit, discutent et jugent les candidatures. Quels que soient les éléments concrets des dossiers de candidature ou des rapports d'entretiens de candidature, l'intérêt porte ici sur le *compte-rendu* des candidatures, c'est-à-dire le moment où elles sont transformées et performées par le ou la criminologue de l'équipe, en charge des « candidatures extérieures », ainsi que sur les conditions de possibilité de ces moments de mise en commun. Je n'ai donc pas analysé les conditions de « fabrication » des dossiers de candidatures par la personne internée et son entourage (avocat, assistant de justice, famille, équipe mobile TSI, *etc*.), ni procédé à l'examen matériel des dossiers. Je n'ai pas non plus suivi les professionnels en dehors des unités afin d'observer un premier entretien de candidature, qui prend généralement place dans une structure hautement sécurisée (prison, EDS, HPS). L'enquête s'est concentrée sur les délibérations internes aux unités, qui offrent un moment privilégié pour l'observateur : s'y déroulent les prémisses de l'intervention, c'est-à-dire le moment où les professionnels décident auprès de qui ils vont intervenir.

Il est important de préciser que, dans ce chapitre, je m'intéresse uniquement aux premières candidatures, c'est-à-dire celles formulées par des personnes internées placées dans un lieu hautement sécurisé et à qui on a récemment accordé la libération à l'essai ou qui sont sur le point de l'obtenir. Je mets de côté les candidatures des patients qui ont déjà séjourné à l'UPML et j'écarte les candidatures de « crise » émises par des patients internés provenant d'une autre unité et qui, pour des raisons urgentes, doivent intégrer l'UPML pour un court séjour afin de se stabiliser. Toutefois, ceci n'empêche pas que, parmi les premières candidatures, certaines personnes internées soient déjà connues des professionnels de l'UPML en raison, par exemple, d'une rencontre antérieure dans un établissement pénitentiaire.

Pour les mêmes motifs méthodologiques (non-accès aux lieux de placement hautement sécurisés) et en raison d'un matériel de terrain moins conséquent, le chapitre ne revient pas sur le traitement des nouvelles « demandes de suivi » adressées à l'équipe mobile TSI, terrain secondaire de la thèse. La pratique ambulatoire de l'équipe, qui implique une prise en charge individuelle et ponctuelle, autorise une grande souplesse dans l'évaluation des nouvelles demandes de suivi. Les candidatures sont peu débattues et peu de critères d'évaluation sont véritablement formulés.

Enfin, un mot sur le vocabulaire utilisé dans ce chapitre. Avant d'être admises au sein d'une UPML, les personnes internées qui candidatent ne sont pas encore considérées comme des patients internés. Elles ne sont toutefois pas, ou dans de très rares instances, considérées comme des « personnes détenues », « incarcérées » ou « délinquantes », ni nommées en ces termes par l'équipe. Les professionnels ont plutôt pour habitude de les appeler « Monsieur » ou « Madame », suivi de leur nom de famille, ou de les qualifier de patient ou de patiente en prévision d'une possible admission à l'unité. Pour ma part, je les nommerai les « candidats-patients » afin de garder à l'esprit le caractère incertain de leur situation : les personnes internées dont il est question dans ce chapitre ne sont pas encore admises à l'UPML, à l'exception du dernier exemple mobilisé qui relate le premier jour d'un patient à l'unité.

Le chapitre est divisé en quatre sous-points. D'abord, je présente l'activité sociale à l'étude, le traitement des candidatures. Je montre que les moments de délibération sont centraux dans le processus : les candidatures y sont performées (I.). Ensuite, sur la base des pratiques observées dans les deux unités étudiées et du matériau empirique récolté, je propose d'analyser deux versants du traitement des candidatures dans les UPML. D'une part, l'*évaluation sur dossier*, à travers l'analyse des « réunions de candidature », lors desquelles sont mis en récit les dossiers des candidats-patients par un petit nombre de professionnel (II.). D'autre part, l'*évaluation sur observation,* à travers l'examen d'autres réunions d'équipe, lors desquelles, cette fois, est collectivement discuté le déroulement d'une « période d'essai » en vue d'une admission à l'unité (III.). Dans un quatrième et dernier sous-point, je reviens sur les enjeux liés aux admissions quasi systématiques et à la délicate question des refus, ce qui permet d'interroger la marge de manœuvre laissée aux professionnels pour évaluer les candidatures. J'insiste également sur le rôle spécifique joué par les soignants de première ligne. Si ceux-ci cèdent volontiers leur place à d'autres collègues lors des réunions et des évaluations collectives, ils jouent un rôle important une fois la candidature acceptée : accueillir les nouveaux patients (IV.).

I. Le « traitement des candidatures » : délibérer pour mieux évaluer

« Il faut traiter les nouvelles candidatures ». L'expression fait souvent irruption dans les échanges entre les professionnels des UPML. Sur ce terrain, quand les professionnels mobilisent le terme « candidature » ou, à de plus rares occasions, son corollaire, « admission », ils se réfèrent aux nouvelles demandes de séjour, qui sont, en principe, formulées par une personne internée. L'usage du terme « candidature » n'est d'ailleurs pas anodin : par définition, un candidat est celui qui « postule » ou « aspire à quelque chose » et qui va « prendre toutes les dispositions pour y parvenir »[119], suggérant l'expression d'une volonté dans le chef de l'intéressé. Partant, parler de « candidature » dans le contexte de l'internement laisse à penser que la personne internée est volontaire pour le séjour en UPML et, selon les termes du terrain, qu'elle est « demandeuse » des soins. De leur côté, les professionnels peuvent choisir qui ils décident d'admettre à l'unité. « Rien ne nous est imposé. […] On a la liberté de refuser des patients, ce qui nous différencie des unités de mise en observation[120], où l'équipe n'a pas le choix », souligne Hugo, psychologue à l'unité A.

Avant d'analyser le contenu des évaluations à partir du deuxième point de ce chapitre, je déplie le traitement des candidatures dans son entièreté. Je profite de la description des différentes étapes de ce processus pour mettre en évidence la place occupée par les réunions d'équipe comme instances de production et d'évaluation des candidatures.

1. Retracer la « carrière » des candidatures : une série de dispositifs…

Le traitement des candidatures peut être séquencé en cinq étapes. Celles-ci varient d'une UPML à l'autre. Les cinq étapes que j'énumère ci-dessous ne m'ont pas été décrites telles quelles par les acteurs de terrain ; il s'agit d'un assemblage sociologique, nécessaire pour la compréhension du processus, et qui vise à retracer la « carrière » des candidatures (Goffman, 1968 [1961], p. 179 ; Becker, 1963 [2020], p. 47). Comment une candidature arrive-t-elle dans les mains des professionnels ? De la création du dossier de candidature à la décision finale d'admission ou de rejet se succèdent plusieurs étapes, qui prennent parfois la forme de dispositifs d'aide à l'évaluation (voir *infra*). À chaque étape, les professionnels des UPML collectent de nouvelles

[119] Je me réfère ici à une définition commune, qu'on peut retrouver dans le dictionnaire en ligne *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales* (Cnrtl) si l'on cherche les termes « candidat », « aspirant » ou encore « postuler ».
[120] Voy. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ; voir le chapitre 1.

informations sur le candidat. La candidature se modifie et se consolide jusqu'à être présentée et performée lors de réunions d'équipe, où elle sera évaluée et jugée « bonne » ou « mauvaise ». L'issue du processus n'est toutefois pas déterminée à l'avance ; la candidature peut être rejetée ou acceptée à différents moments de la carrière. Pour finir, je représente à l'aide d'un schéma la carrière dans son ensemble.

Les candidatures pour un séjour en UPML prennent la forme d'une demande écrite. Celle-ci peut être adressée par le service psychosocial de la prison ou de l'EDS où la personne internée se trouve au moment de la demande d'hospitalisation[121], mais aussi par l'équipe mobile TSI, ou encore par la personne internée elle-même. L'avocat de la personne internée ou un membre de sa famille peut également formuler une demande d'admission à l'UPML. Il s'agit des principaux « pourvoyeurs » ou « envoyeurs », pour reprendre les termes utilisés par les professionnels. À la demande écrite sont joints d'autres documents qui donnent des informations sur la situation de la personne : des données administratives, un résumé de la situation personnelle et/ou professionnelle de la personne (si la personne est bien affiliée à une mutuelle ou si elle bénéficie d'une allocation sociale), le rapport psychosocial réalisé par les intervenants en prison ou en EDS et, s'il y a lieu, la « fiche de traitement », qui détaille les médicaments pris par la personne et leur dosage. Les documents judiciaires peuvent également être demandés à la Chambre de protection sociale : ceux-ci concernent le rapport de l'expertise psychiatrique, l'exposé des faits infractionnels qui ont mené à l'internement, ainsi que l'ordonnance d'internement, qui répertorie, entre autres, les conditions légales de la libération à l'essai. Le tout forme le « dossier de candidature ».

Les criminologues[122] de l'équipe, généralement en charge des « candidatures extérieures », c'est-à-dire des demandes d'admission pour un séjour en UPML, procèdent à une première lecture des différentes pièces du dossier afin d'« éprouver la solidité du dossier » (Weller, 2018, p. 14). Il s'agit de se faire une idée de la situation du candidat-patient, de déceler l'une ou l'autre pièce manquante et de vérifier si la demande correspond aux principaux critères formels d'inclusion (être majeur ; avoir un diagnostic primaire de psychose ; être une personne *medium risk* en libération à l'essai) et d'exclusion (présenter des traits antisociaux, AICS, *etc*.)

[121]Au moment de la formulation de la demande de séjour en UPML, la personne internée est généralement placée dans un lieu d'internement hautement sécurisé, soit en prison, dans un CPL, en EDS ou en HPS ; à moins qu'elle puisse bénéficier d'une « permission de sortie » et qu'elle se rende elle-même à l'UPML pour l'entretien, ce qui, dans la pratique, ne se produit que très rarement.

[122] Dans ce chapitre, à des fins d'anonymisation, j'utilise de manière simultanée les deux pronoms « le » et « la » pour désigner les criminologues.

de l'unité (voir le chapitre 2, point I., 1. A.). La réception du dossier et le premier examen qu'en fait le ou la criminologue marquent le point de départ du processus d'évaluation.

La deuxième étape consiste à présenter le dossier à un comité restreint de collègues. Lors d'une « réunion de candidatures », parfois appelée « réunion de coordination », qui peut avoir lieu plusieurs fois par mois, le contenu du dossier de candidature est raconté aux collègues présents : psychiatres, psychologues, criminologues et, selon l'unité, l'assistante sociale ainsi que l'un ou l'autre membre de l'équipe soignante. Lors de cette réunion, le ou la criminologue en charge procède à une mise en récit de la situation du candidat-patient, ce qui permet d'émettre des liens entre les différents éléments cités (par exemple, un lien de causalité entre l'attitude du patient et un acte transgressif, voir *infra*). Les autres professionnels prennent généralement des notes et peuvent intervenir à n'importe quel moment. Comme je l'ai précisé en introduction, dans le cadre de la thèse, l'attention est mise sur les échanges, les « scènes communicationnelles » (Weller, 2018, p. 25). S'intéresser à cette étape est essentiel car elle donne à voir l'élaboration directe des principaux critères d'évaluation du « bon » candidat-patient. Ceux-ci émergent au fur et à mesure que la candidature est performée, à l'instar d'un texte en prose qui ne prend vie que lorsqu'il est interprété et déclamé par le comédien.

À l'issue de ces réunions, si le profil du candidat ne convainc pas, les professionnels peuvent refuser la candidature, et ce uniquement sur la base du dossier qui leur a été présenté, sans avoir rencontré au préalable la personne internée. Il ressort des entretiens menés auprès des professionnels que les refus sont néanmoins très rares (voir *infra,* point IV.). *A contrario* si le dossier du candidat répond aux attentes, deux professionnels rencontrent l'intéressé pour un premier « entretien de candidature ». Ceci fait office de troisième étape. Psychologue(s) et/ou criminologue(s), parfois accompagné(s) d'un membre de l'équipe soignante ou d'une assistante sociale, se rendent en binôme là où la personne internée se trouve au moment de la formulation de la demande de séjour, c'est-à-dire généralement dans un lieu d'internement hautement sécurisé. Si une équipe mobile TSI est déjà « activée » par la personne internée, il est d'usage qu'elle soit présente lors de ce premier entretien. « C'est un entretien, pas un interrogatoire », précise un psychologue, « c'est une rencontre pour apprendre à connaitre la personne. On se présente, on enquête, on prend note […] car la candidature sera débattue ». Ce dernier fait allusion ici à d'autres réunions à l'occasion desquelles sont prises les décisions finales d'admission.

Suite à l'entretien de candidature et sur la base du rapport rédigé par le binôme de professionnels, qui relate l'anamnèse (une série de renseignements liés au trouble mental), le séjour en prison, les circonstances qui ont mené à l'internement, *etc*., la situation du candidat-patient est présentée lors d'une autre réunion d'équipe. Il s'agit, cette fois, d'une « réunion clinique », qui rassemble la quasi-totalité des professionnels de l'unité concernée. Est-ce que la personne pourra tirer profit d'un séjour à l'UPML et de la vie communautaire ? Va-t-elle adhérer aux règles de l'unité ? Si les professionnels répondent par l'affirmative, la personne pourra directement être admise à l'unité. Dans le cas contraire, des dispositifs supplémentaires d'aide à la prise de décision peuvent être mobilisés : la réalisation d'un second entretien de candidature ou le recours à une période d'essai (PE) d'un mois à l'unité (voir *infra,* point III.). Le recours à une période d'essai forme la quatrième étape de la carrière des candidatures.

Enfin, en guise de cinquième et dernière étape, les professionnels prennent une décision finale : admettre le patient ou refuser sa candidature. Bien entendu, la décision d'admission n'est pas figée dans le temps. Tout au long du séjour, suite par exemple à la commission d'une nouvelle infraction ou à des formes prolongées d'irrespect des règles, les professionnels peuvent décider d'arrêter d'intervenir, ce qui revient à mettre un terme au séjour. La libération à l'essai est alors « suspendue » par la Chambre de protection sociale et le patient est temporairement renvoyé en prison (voir le chapitre 6). Les décisions d'admission ou de refus s'apparentent à des décisions médicales contre lesquelles il n'y a pas de recours possible. Dans le cas d'un refus, le candidat-patient n'est pas en mesure d'aller en appel de la décision, ni d'obtenir une deuxième évaluation : il faudra candidater pour une autre institution du même type.

À la page suivante, j'ai schématisé les différentes étapes du traitement des candidatures. Les numéros indiquent les quatre premières étapes du processus. Les cases colorées en gris clair indiquent les deux dispositifs étudiés dans ce chapitre : les réunions de candidature (II.) et la période d'essai (III.).

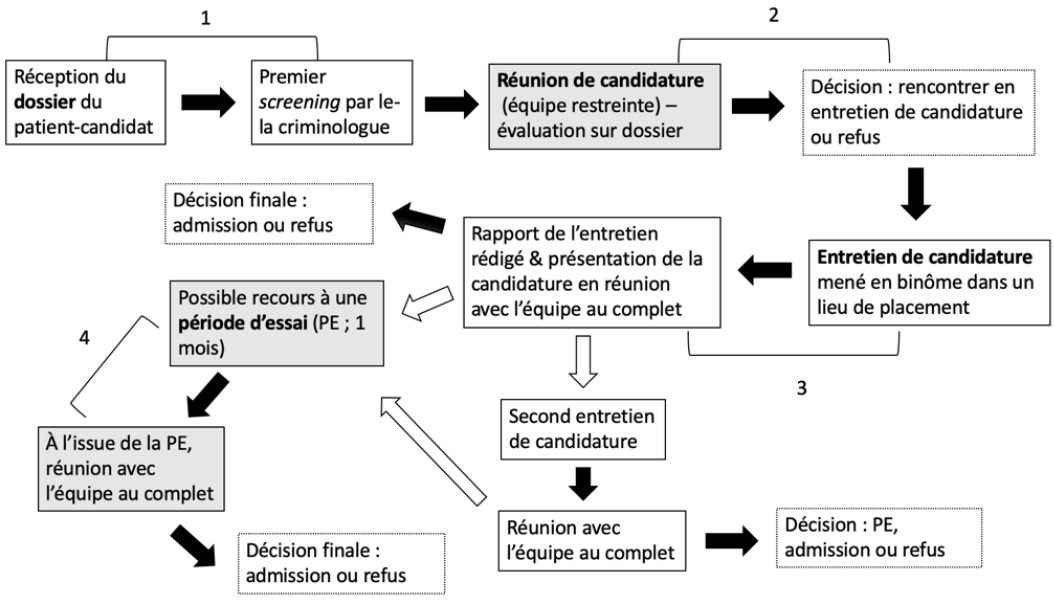

Fig. 4. Le traitement des candidatures

2. …pour rassurer l'incertitude

Le schéma ci-dessus met en évidence la place occupée par les réunions d'équipe dans l'entièreté du processus de traitement des candidatures. Comme on le verra dans la suite de la thèse, les pratiques professionnelles à l'œuvre sont éminemment « prudentielles », en ceci que toutes prises de décision, en l'occurrence ici les décisions d'avoir recours à un autre dispositif d'évaluation ou les décisions finales d'admission ou de refus, sont précédées de moments collectifs de délibération (Champy, 2012, p. 206). Le travail en équipe est constitutif de l'intervention des UPML et « prend une consistance matérielle à l'occasion des réunions » (Ogien, 1987, p. 65), qui sont au cœur des pratiques d'évaluation, ainsi que des pratiques d'intervention, comme on le verra dans la troisième partie de la thèse.

Dans ce contexte, décider « qui on accepte » est un travail scrupuleux qui nécessite une grande prudence, tant l'issue des décisions est incertaine. Les professionnels veulent à tout prix éviter de se tromper, ce qui reviendrait à admettre un patient qui « ne convient pas ». On verra dans la suite de ce chapitre à quoi ressemble un candidat-patient qui « convient ». Pour ce faire, les professionnels mettent en place toute une série de « dispositifs », qu'il s'agisse d'un dossier écrit avec des « pièces à convictions », d'un échange en face à face ou encore d'une période d'essai, qui leur servent de support à l'évaluation. Et ces aides à l'évaluation font elles-mêmes l'objet d'échanges en réunion d'équipe, qui, à l'image de « poupées russes » (Ravon, Neuilly,

2017, p. 43), s'apparentent à des sortes de dispositifs emboîtés et mis en place pour contrôler et évaluer d'autres dispositifs.

Si le recours aux « instances de réflexion collective » formalisées (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 81) que sont les réunions d'équipe parait évident dans un contexte où le travail d'équipe interdisciplinaire surpasse le travail individuel d'un seul professionnel, on aurait pu imaginer que l'évaluation des dossiers de candidature fasse l'objet, par exemple, d'une évaluation par « cotation », réalisée par un ou plusieurs professionnels, et qui consisterait à attribuer des points au dossier du candidat-patient en fonction de toute une série de critères standardisés et formalisés dans un document. Suivant le nombre de points, le dossier serait automatiquement identifié comme recevable ou irrecevable. Les professionnels n'auraient alors qu'à aller rencontrer les candidats-patients dont les dossiers affichent le score le plus élevé et ferait ainsi l'économie d'une évaluation en équipe. Un tel modèle d'évaluation, s'il permet sans doute de répondre aux exigences de rapidité et d'efficacité (Champy, 2012, p. 226-229) qui structurent de plus en plus le champ de l'intervention psycho-médicosociale aujourd'hui, fait néanmoins obstacle à la prise en compte des spécificités et des singularités des situations, qui appellent à des pratiques plus « artisanales » (Marquis, Pesesse, 2021, p. 47). Naturellement, le choix d'une évaluation au cas par cas donne lieu aussi à quelques difficultés. Si le temps des réunions ne dépasse généralement pas une heure d'échanges, je montre, dans le dernier point de ce chapitre (voir *infra,* point IV), que cela peut générer des tensions au sein de l'équipe.

Sur la base des pratiques observées dans les deux unités étudiées et du matériau empirique récolté, je propose d'analyser deux versants du « traitement des candidatures », qui ont lieu à l'intérieur des murs des UPML. D'une part, l'*évaluation sur dossier*, à travers l'analyse des « réunions de candidature » lors desquelles sont collectivement évalués les dossiers des candidats-patients (II.) et, d'autre part, l'*évaluation sur observation,* à travers l'analyse des délibérations au cours desquelles, cette fois, l'équipe évalue le déroulement d'une « période d'essai » en vue d'une admission à l'unité (III.).

II. Les réunions de candidatures : définir ensemble les critères du « bon candidat »

Dans ce deuxième point, j'examine le contenu des réunions de candidatures : quels sont les éléments pris en compte dans l'évaluation ? Sans jamais avoir rencontré le candidat-patient et sur la base d'un compte-rendu des pièces du dossier de candidature, un petit groupe de

professionnels définissent ensemble les critères du « bon candidat » : pour être admis à l'UPML, ce dernier doit faire preuve d'autonomie et doit montrer qu'il est prêt à faire quelque chose de sa situation.

Le jeudi 3 juin 2021, je me lève aux aurores pour me rendre à l'unité B. Ce matin-là, la réunion que j'observe ne ressemble pas aux réunions habituelles : sont discutées aujourd'hui les candidatures des potentiels futurs patients de l'unité. Au compte-goutte, les professionnels entrent dans la salle. Solène, criminologue à l'unité B, arrive la première, un gros paquet de feuilles à la main. Elle m'explique rapidement qu'il s'agit d'une réunion de candidatures et que c'est elle qui la préside, en tant que criminologue. Sont présents à la réunion : deux psychologues, l'infirmier en chef, une éducatrice spécialisée, une ergothérapeute et un des deux psychiatres de l'unité. Chacun est muni de son agenda et de son téléphone *DECT*. Des agendas papier, des trousseaux de clefs et des tasses, dont s'échappent la fumée du café encore chaud, jonchent la grande table de réunion. La salle donne sur l'espace dédié aux patients, près de la cuisine. J'entends la balle de ping-pong résonner sur le sol et des éclats de rire entre patients. Solène fait circuler une feuille sur laquelle figurent les noms des personnes internées « candidates » pour un séjour à l'unité B. Installée en bout de table, j'y jette un rapide coup d'œil : je compte environ quinze noms et devine quatorze prénoms masculins et un prénom féminin. La criminologue annonce à ses collègues qu'elle a trois nouvelles candidatures à leur présenter. Celles-ci sont surlignées en gras sur la feuille. La réunion commence.

Sur la base du dossier qu'elle a sous les yeux, Solène présente à ses collègues la situation de trois candidats potentiels. Pour l'analyse, j'en retiens deux : celle de Monsieur P., dont semblent pouvoir être cochées toutes les cases du « bon candidat » et celle de Monsieur D., pour qui, à l'inverse, le « tableau est bof ». Sur la base d'une prise de notes conséquente des échanges, je fais état ci-dessous des principaux éléments de la discussion. Si les critères situationnels ne pèsent pas beaucoup dans l'évaluation, ils permettent surtout d'anticiper ce que le patient sera capable de faire en prévision de sa réinsertion, une fois admis à l'unité (1.). L'attitude réflexive et responsable du candidat-patient vis-à-vis de sa situation est un élément majeur dans l'évaluation du candidat idéal (2.).

1. Penser l'après avant même d'être admis : la dimension prospective de l'évaluation

Présenter une candidature à quelques membres de l'équipe consiste à décrire dans les grandes lignes le portrait du potentiel futur patient. Le temps imparti à la réunion (en général, une heure) oblige Solène, criminologue, à devoir résumer la situation du candidat-patient en quelques minutes seulement et à se concentrer sur les éléments principaux. Quels sont-ils ?

> *Solène, criminologue* :
>
> « Monsieur P a 24 ans. Il vient de la Côte d'Ivoire, il est à présent à la prison de F., en Belgique francophone. Il est arrivé en Belgique il y a 11 ans. Monsieur est très bien inséré au niveau socio-professionnel en Belgique. Son papa est en Côte d'Ivoire. Il a une bonne relation avec sa famille. En prison, Monsieur n'a pas de visite, mais des contacts téléphoniques réguliers avec sa famille. Au niveau scolaire, il a redoublé : il a raté sa quatrième en section professionnelle. Il voudrait être peintre en bâtiment. Au niveau du diagnostic : Monsieur est schizophrène avec des symptômes négatifs, mais pas de délires. Il consomme du cannabis et de l'alcool raisonnablement. Il n'a jamais été hospitalisé. Il est suivi par un psychiatre. Monsieur est incarcéré depuis janvier 2020 pour des faits de vol avec violence contre un agent de sécurité d'un magasin et contre la police. Il reconnait en partie que, ce jour-là, il avait consommé de l'alcool. Il avait déjà été en IPPJ [Institution Publique de Protection de la Jeunesse] et à la prison de K. pour des faits de vol avec une arme factice. Il reconnait tout ça ; il avait besoin d'argent. À la prison de K., il a reçu une sanction disciplinaire suite à une agression envers un agent. Il le reconnait mais il dit qu'il a été provoqué par l'agent. Il a donc été transféré à la prison de F., où il est décrit comme quelqu'un de très calme mais très peu demandeur. Monsieur se comporte bien mais je ne sais pas s'il participe aux activités. Il est suivi par une équipe mobile TSI. »
>
> *Vincent, psychiatre* :
>
> « Il a un traitement ? »
>
> *Solène, criminologue* :
>
> « Je n'ai pas cette info. […] Agression sur agent avec de la matière fécale et jets d'urine [rire], mais à la prison de F., il n'y a rien eu du tout […]. On peut aller le rencontrer ».
>
> *Amélie, psychologue,* se porte volontaire :
>
> « Moi je veux bien ! ».

La situation de Monsieur P., telle qu'elle est présentée par Solène, suscite un certain enthousiasme auprès des professionnels et donne lieu à peu de débat. On comprend rapidement ce qui est jugé positivement par l'équipe : bien inséré professionnellement, Monsieur P. semble avoir de bonnes relations intrafamiliales et une consommation « raisonnable » de substances (cannabis et alcool). Il est également suivi par un psychiatre et bénéficie d'un accompagnement

par une équipe mobile TSI. La nature des faits infractionnels, survenus dans le passé (vol avec une arme factice) ou plus récemment (agression envers un agent pénitentiaire), ne fait pas non plus l'objet de discussion, si ce n'est qu'elle provoque quelques réactions amusées dans la salle. Et Solène insiste sur l'attitude adoptée par le candidat-patient face aux faits commis : « il reconnait tout ça ». Je reviens sur cet élément dans un instant.

Dans le compte-rendu que fait Solène de la situation de Monsieur P., il manque cependant quelques informations. Le psychiatre, qui découvre le dossier au même moment que ses collègues, s'interroge sur l'existence ou non d'un traitement, mais rien dans le dossier n'indique la présence d'une médication[123]. Et quand Solène souligne que malgré le fait qu' « il se comporte bien », elle ne sait pas si Monsieur P. « participe aux activités » et que, bien qu'il soit « décrit comme quelqu'un de très calme », il est « très peu demandeur », elle rappelle implicitement que, parmi les attentes des professionnels à l'égard du futur patient, la capacité de celui-ci à « être actif » (Marquis, 2019, p. 266) et la volonté qu'il a de s'engager dans une démarche de soins occupent une place centrale.

La réunion suit son cours. Solène présente ensuite la situation d'un autre candidat-patient : Monsieur D.

> *Solène, criminologue* :
>
> « Monsieur D. a 30 ans. Il est actuellement à la prison de R. [en Belgique francophone]. Monsieur a un administrateur de biens mais il voudrait y mettre fin car c'est trop contraignant. Il est depuis longtemps sans argent mais il n'est pas conscient qu'il ne sait pas gérer. Ses parents sont séparés. Il a travaillé dans un atelier protégé[124] pendant deux ans. Il dispose d'un permis cariste. Monsieur a vécu en couple avec une certaine… autonomie ».
>
> Sur un ton amusé, une des collègues présentes réagit :
>
> « Je pensais que tu allais donner un prénom ! » [rire].
>
> *Solène, criminologue,* poursuit :
>
> « Monsieur D. est séparé depuis 2015. Il dit que suite à cette rupture, son état mental s'est dégradé et qu'il a consommé davantage. Il est schizophrène et consommateur de cannabis, d'alcool et de cocaïne… mais maintenant il ne consomme plus. Alors au niveau du traitement, [les soignants de la prison dans

[123] En pratique, pour la grande majorité des patients admis à l'UPML, un traitement (antipsychotique) a déjà été administré pendant le séjour en prison ou à l'EDS, soit dans le lieu de « placement ». Il est assez rare qu'aucun traitement ne soit en cours au moment de la libération à l'essai. De la même façon, bon nombre de candidats-patients bénéficient déjà d'un suivi par un psychiatre de tutelle, qui n'est généralement pas le psychiatre de l'unité pour laquelle ils candidatent.

[124] En Belgique, les « ateliers protégés », aujourd'hui appelés « les entreprises de travail adapté » (ETA), sont des lieux de travail qui visent à inclure sur le marché de l'emploi des personnes en situation de handicap ou « moins valides », et dont les capacités et les facultés nécessitent un cadre adapté.

laquelle il séjourne actuellement] ont mis une injection, mais je ne sais pas de quoi… Par le passé, Monsieur était peu compliant au traitement. Monsieur a déjà été hospitalisé ici [dans une autre unité de l'hôpital psychiatrique] en septembre 2019 dans une unité de mise en observation pour une MEO [mise en observation] non-urgente. Son père s'inquiétait, il était hétéro-agressif et dépendant à l'alcool et au cannabis. C'était un patient calme mais il *dealait* dans le service, il ne le nie pas... »

Solène montre la fiche du traitement à *Vincent, psychiatre* :

« Il a été hospitalisé ici et à [un autre hôpital psychiatrique], il n'est pas compliant au traitement et il fuguait pour consommer… Il a dégradé une fenêtre ici. Il n'y a pas eu de condamnation mais un signalement de la police, resté sans suite. […] Au total, six fugues. […] Bon, le tableau est bof… » [rire].

Maëlle, éducatrice spécialisée, qui travaille à mi-temps à la prison de R. et qui a déjà rencontré Monsieur D. par le passé, intervient :

« Mais pourtant il est chouette ! ».

Solène, criminologue :

« Mais Monsieur ne cherche pas le lien social, il est interné depuis 2020. […] Au supermarché, il buvait des bouteilles d'alcool, il a volé des denrées alimentaires. Il se dit SDF [Sans Domicile Fixe]. […] À la prison, c'est quelqu'un de calme. Il participe régulièrement aux activités. Il a eu une sanction disciplinaire quand il était encore détenu pour une dégradation de chaises. Au niveau du projet, [les membres du personnel de la prison] m'ont envoyé le dossier et, en décembre 2020, il n'y avait pas de projet. Il a déjà vécu seul, mais bon… l'autonomie n'est peut-être pas… ».

Maëlle, éducatrice spécialisée, l'interrompt :

« Bah à la prison, ça se passe bien, même s'il dort beaucoup. Il est en cantine contrôlée[125] et il faut un peu le pousser pour aller sous la douche. »

À nouveau, comme pour Monsieur P., Solène énumère les conditions sociales et matérielles dans lesquelles le candidat-patient (Monsieur D.) se trouve au moment de la demande de séjour. D'un côté, cela concerne son logement passé ou actuel (un appartement ; la prison), son « état civil », sa situation familiale (homme, 30 ans, séparé), ainsi que sa situation professionnelle (atelier protégé ; permis cariste). De l'autre, des informations directement liées à la mesure d'internement sont citées, sans être détaillées pour autant : l'état de santé et le diagnostic psychiatrique qu'a reçu le candidat-patient (schizophrène, assuétude), s'il y a un traitement et les modalités de celui-ci (injection), des informations concernant un ou plusieurs des fait(s) infractionnel(s) commis (*deal*), et, enfin, si la personne a déjà fait l'objet ou fait toujours l'objet d'une autre mesure de protection que l'internement (mise en observation, administration de

[125] Dans les prisons belges, des produits de consommation (cigarette, nourriture, vêtements, *etc*.) sont proposés aux personnes détenues : elles peuvent se les procurer avec leur argent personnel. Une « cantine contrôlée » permet de vérifier les dépenses de la personne incarcérée.

biens). On notera que la problématique de la consommation de substances illicites est à la fois mise en lien avec le trouble mental diagnostiqué (schizophrène et consommateur) et avec l'acte transgressif (*deal*, comportement hétéro-agressif).

Malgré une information provenant « de l'intérieur » de la prison, apportée par Maëlle, éducatrice spécialisée, dont l'expérience de travail en prison permet de compléter les informations du dossier, la candidature de Monsieur D. ne semble pas faire l'unanimité au sein de l'équipe. Pourtant, les professionnels décident de passer à l'étape suivante et d'organiser un premier entretien de candidature avec ce dernier. En fin de réunion, au moment de résumer les principaux points discutés, Solène demande à Margaux, ergothérapeute, si elle est d'accord d'aller rencontrer Monsieur D. à la prison de R. ; elle convient également d'une date avec Amélie, psychologue, pour aller rencontrer Monsieur P.[126] L'évaluation est interdisciplinaire, bien que la criminologue y joue un rôle plus important et que l'expertise médicale du psychiatre présent pendant la réunion ne soit pas essentielle, lui-même intervenant peu pendant les échanges. La décision d'aller rencontrer la personne pour un premier entretien de candidature est collective.

Contrairement à ce qu'on aurait pu imaginer, dans ce processus de production de la candidature, les éléments d'objectivation du dossier, c'est-à-dire les éléments relatifs à la situation du candidat-patient (situation familiale, professionnelle, diagnostic, *etc.*) et que je qualifie de « critères situationnels », ne sont en réalité pas évalués *per se*, en ceci que le jugement des professionnels ne porte pas directement sur ces éléments. En effet, les professionnels ne se demandent pas si le traitement est approprié, ou si le diagnostic est correct. Dans les deux cas exposés ci-dessus, un diagnostic de schizophrénie est mentionné pour les deux candidats-patients et provient d'une évaluation réalisée au préalable, parfois des années auparavant, par un psychiatre ou un expert-psychiatre. Ce dernier n'est pas remis en question par les professionnels, pas même par Vincent, psychiatre et seul médecin présent à la réunion.

En outre, l'évaluation sur dossier ne vise pas à déterminer si le candidat-patient « va mal » et si une mesure de protection lui est bénéfique. La personne internée qui candidate est en voie d'être libérée à l'essai ou s'est vue récemment accorder une libération à l'essai : elle fait donc déjà l'objet d'une mesure d'internement. Les professionnels des UPML ne reviennent pas sur la

[126] En raison de longues listes d'attente, la procédure d'admission pour avoir une place en UPML s'étale parfois sur plusieurs mois. Les observations menées sur les terrains n'ont pas permis de savoir si Monsieur D. et Monsieur P. ont finalement été acceptés à l'unité B.

décision d'internement, prise par des tiers avant eux. Ils font confiance aux évaluations et aux expertises antérieures.

En définitive, si les éléments situationnels peuvent tout de même constituer à eux seuls des critères d'évaluation formels et, dès lors, donner lieu à une première appréciation générale (par exemple, le candidat-patient dont le dossier n'apporte pas la preuve d'un traitement sera évalué moins positivement par rapport aux autres candidats qui peuvent attester d'un suivi médicamenteux), ils n'ont cependant pas un poids déterminé à l'avance. La dimension *positive* de l'évaluation, en ce compris les éléments qui comptent pour les professionnels dans l'évaluation du candidat idéal, concerne plutôt les projections que font les professionnels sur la base des éléments objectifs. Il s'agit, pour les professionnels, de se demander ce que ces éléments permettent de dire sur l'attitude du candidat-patient, dans l'éventualité d'une admission à l'unité.

À côté des critères situationnels interviennent également des éléments d'ordre plus informel sur lesquels les professionnels s'appuient pour anticiper l'adhésion future de la personne au cadre de l'intervention. Quand Maëlle, éducatrice spécialisée, explique à ses collègues que Monsieur D. est « chouette », elle donne ici son avis sur la personnalité du candidat-patient. Sur la base des indices mis en avant dans le dossier et tels qu'ils sont rapportés en réunion, il s'agit d'anticiper comment le patient, une fois admis, va se comporter dans l'unité.

Et cette dimension prospective, centrale dans l'évaluation, est directement liée à la notion de « projet ». Pour tenter de se faire une idée de ce que pourrait donner l'admission d'un candidat-patient à l'unité, les professionnels veulent savoir, dès les prémisses du traitement des candidatures, si celui-ci dispose déjà d'un projet de réinsertion ou de sortie. Autrement dit, avant même d'être admis et d'*entrer* à l'UPML, la capacité du candidat-patient à penser un projet de vie et à *sortir* de l'unité – et à *s'en sortir* – est évaluée positivement par les professionnels. Le référentiel du projet indique une attention portée sur le changement ; en effet, « le projet est un opérateur de mouvement, une garantie contre le statu quo offrant l'assurance que le patient essaie toujours de poursuivre son chemin au-delà de ce séjour limité » (Marquis, 2019, p. 264, *ma traduction*). Le séjour en UPML n'est qu'une étape de ce changement. Le projet dont il est question ici concerne la sortie de l'unité et la poursuite de la libération à l'essai au sein de structures de soins présentant un régime d'intervention plus souple. Il revêt un objectif de « réinsertion », tel que le nomment les professionnels. Le séjour en UPML reviendrait donc à préparer la réinsertion sociale du patient interné, qui, je le montre plus loin

dans la thèse, prend la forme très concrète d'un projet de vie dans un logement approprié et d'une occupation (voir le chapitre 4).

Je montre à présent que la dimension prospective de l'évaluation donne une place centrale aux capacités d'autonomie du candidat-patient car se pose la question de savoir si le patient, une fois admis, pourra faire quelque chose de sa situation et être à même de construire un projet de sortie.

2. Accepter un candidat-patient prêt à faire quelque chose de sa situation : l'autonomie-responsabilité comme critère principal de la pertinence d'une admission

À la différence des éléments caractéristiques de la situation du candidat-patient, qui sont peu pris en compte dans l'évaluation, l'autonomie apparait comme un élément plus important et soumis à l'appréciation des professionnels. Sur la base des extraits des deux situations précédemment présentées, l'autonomie est ici à comprendre dans un sens fonctionnel : la capacité à « se débrouiller seul » et à agir de façon indépendante (« Monsieur a vécu en couple avec une certaine… autonomie », « il a déjà vécu seul, mais bon… l'autonomie n'est peut-être pas… »). Objectif revendiqué des UPML et annoncé dans leurs brochures (voir le chapitre 2), la catégorie autonomie apparait déjà au moment de l'évaluation des demandes d'hospitalisation, soit avant l'intervention. Si des éléments du dossier de candidature révèlent des signes d'autonomie chez le candidat-patient, celui-ci sera évalué plus favorablement. Toutefois, comme le suggèrent les extraits ci-dessus, l'idée d'une autonomie-indépendance est simplement évoquée et ne semble pas être le critère le plus déterminant.

En réalité, ce qui compte pour les professionnels, c'est ce que le patient est prêt à faire de sa situation (qui comprend son attitude par rapport aux faits infractionnels commis). Quand elle expose la situation des potentiels futurs patients, Solène insiste sur l'attitude morale et réflexive qu'adopte le candidat-patient face aux différents événements de sa vie passée ou actuelle. Je mobilise ici une compréhension commune du terme « moral », c'est-à-dire la disposition à faire la distinction entre ce « qu'il est bien ou non de faire, […] ce qu'il est juste ou non de faire » et « ce qu'il est légitime ou non de faire » (Paillet, 2007, p. 11). Monsieur D. fait l'objet d'une administration de biens, mais qu'en pense-t-il ? « Il veut y mettre fin ». Monsieur D. *dealait* dans le service de mise en observation, mais comment se positionne-t-il par rapport à ça ? « Il

ne le nie pas », tout comme Monsieur P. qui « reconnait » les faits de vol et d'agression envers un agent pénitentiaire.

J'associe cette attitude morale et réflexive aux capacités d'autonomie du patient et je la qualifie « d'autonomie-responsabilité ». Le vocable « responsabilité » n'est pas à comprendre ici dans un sens pénal, qui prévoit de subir une peine pour répondre de son acte, l'internement n'étant pas une peine en soi et ne pouvant être octroyé qu'aux personnes déclarées pénalement irresponsables de leurs actes. Il ne s'agit pas non plus d'une forme de responsabilité civile qui consiste à réparer un dommage. On a plutôt affaire à une responsabilité sociale et morale, qui engage la personne dans la reconnaissance de la faute commise et dans une perspective de restauration des liens sociaux. En résumé, dans l'évaluation, ce qui importe n'est donc pas tant ce que le patient *a* fait, mais ce qu'il *en* fait (Marquis, 2018). En d'autres termes, c'est l'expression de sa volonté de faire quelque chose de sa situation, de ce qu'il a subi et de ce qu'il a fait subir qui fera de lui un candidat-patient idéal.

Le champ sémantique de la reconnaissance, qui est mobilisé à plusieurs reprises par les professionnels, fait écho au registre de l'aveu (voir le chapitre 5), très présent dans le champ pénal, que Michel Foucault résumait comme suit : « mal faire, dire vrai » (Foucault, édité par Brion et Harcourt, 2012). À l'instar de ce qu'on observe dans le contexte pénal actuel où l'accent est mis sur la responsabilisation du condamné, qui passe par « une prise de conscience [du condamné] du caractère illégal de son comportement » (de Larminat, 2014, [en ligne]) et sa capacité à réfléchir sur ses actions, comme le met en avant une étude récente sur les injonctions au soin en France en matière de délinquance sexuelle : « au moins un professionnel attend manifestement de la thérapie qu'elle produise un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences de son passage à l'acte » (Gautron, 2020 [non paginé]).

Évaluer le bon candidat sur la base de son dossier de candidature reviendrait donc à repérer suffisamment d'indices d'autonomie : certes, une autonomie-indépendance (capacité à se débrouiller seul), mais surtout une autonomie-responsabilité, au sens d'une autonomie morale et réflexive (capacité à faire quelque chose de sa situation) ; le but étant de pouvoir anticiper sur le caractère « réinsérable » du patient interné. Les deux candidatures évoquées (celle de Monsieur D. et celle de Monsieur P.) n'entrainent pas le même engouement auprès des professionnels. Or, elles passent toutes les deux à l'étape suivante de la « carrière » : la rencontre avec le candidat-patient lors d'un entretien de candidature. Dans le quatrième point

de ce chapitre, je traite des enjeux liés aux admissions quasi-systématiques des candidats-patients à l'UPML. Avant cela, j'examine un second mode d'évaluation – l'observation d'une période d'essai – qui renforce l'idée que, ce qui compte, c'est la capacité et la volonté que montre le candidat-patient à travailler sur lui-même.

III. La période d'essai : observer et évaluer la personnalité du candidat-patient

> Je quitte le bureau des soignants et m'aventure dans le couloir de l'unité B, en direction de la salle dans laquelle se trouve une grande télévision. Une quinzaine de patients sont assis devant l'écran. Ils regardent une émission sur Grégory Lemarchal. J'ai droit à quelques « Bonjour Madame ! ». L'un d'entre eux m'aborde : « Madame, vous êtes stagiaire ? ». Habituée de la question, je lui réponds directement : « non, je suis chercheuse en sociologie ». Il s'agit de Monsieur Sana, un jeune homme d'origine africaine. Il est vêtu d'un training rouge. Il me raconte brièvement qu'il est ici « à l'essai » et que lundi, il devra retourner à la prison de S., en attendant que l'unité donne son aval pour qu'il puisse y poursuivre sa libération à l'essai. Il m'explique qu'en prison « ce ne sont pas les mêmes professionnels, c'est que de la surveillance mais, ici, c'est du soin ». Je lui souhaite bonne chance.
>
> (*JT, unité B, 11 juin 2021*)

Après l'évaluation sur la base du dossier du candidat-patient et d'un premier entretien (qui n'a pas fait l'objet d'une analyse dans ce chapitre), et dans l'éventualité d'une admission, peut se succéder une évaluation basée sur l'observation du comportement du candidat-patient dans les murs de l'UPML. À travers le dispositif de la « période d'essai », ce dernier, alors encore placé dans une structure hautement sécurisée, peut se voir proposer la possibilité de passer un mois à l'UPML auprès de laquelle il a « candidaté » en vue d'y poursuivre sa libération à l'essai. Durant cette période, l'évaluation des professionnels porte avant tout sur la capacité du candidat-patient à agir de façon appropriée, c'est-à-dire à s'adapter aux règles de l'unité. Un peu comme une pré-libération à l'essai avant une libération à l'essai effective, cette courte période de mise à l'épreuve fait l'objet de discussions lors de réunions d'équipe et donne souvent lieu au débat. *In fine*, si l'objectif d'une période d'essai est de rassurer les professionnels quant à la prise de décision d'une admission (1.), en réalité, le recours à ce dispositif ne fait que prolonger le caractère incertain de la décision d'admission (2.).

1. Recourir à une période d'essai : objectifs formels et présentation du dispositif

« Les candi' ne sont pas toujours exactes. Parfois on prend un patient suite à un entretien en prison et, une fois qu'il est ici, il est tout différent », explique Julie, psychologue à l'unité B. Pour pallier l'erreur de jugement qui peut survenir malgré une première évaluation sur dossier (réunion de candidature) et la rencontre avec le candidat-patient (entretien de candidature), les professionnels ont la possibilité de se tourner vers un autre mode d'évaluation : observer le candidat-patient en situation.

Dans le processus d'admission au sein des UPML, la période d'essai est une étape possible mais non obligatoire (voir le schéma au point I., 1.). À la différence d'une candidature qui est déposée par le candidat-patient (ou son environnement proche), la période d'essai peut être demandée par les UPML quand elles le jugent nécessaire. La Chambre de protection sociale peut octroyer une période d'essai, à travers la modalité des « congés » pour les personnes internées qui séjournent au sein de l'annexe psychiatrique ou la section de défense sociale d'une prison ou de l'EDS de Paifve, qui sont des lieux de placement sous le joug de la Direction Générale des Établissements Pénitentiaires (DGEPI). L'appellation « congé » fait ici écho à une permission ou une autorisation émise par l'instance judiciaire afin de pouvoir quitter le lieu de placement. Sur le terrain des UPML, on préfère l'expression « période d'essai » ou « préadmission ». Selon les termes de la loi de 2014 relative à l'internement, le congé « permet à la personne internée de quitter l'établissement pendant une période d'un jour au minimum et de quatorze jours au maximum par mois » (art. 21 de loi du 5 mai 2014). En pratique, la période d'essai à l'UPML dure vingt-huit jours, répartis sur deux mois : les deux dernières semaines du premier mois suivies des deux premières semaines du mois suivant[127].

Parmi les objectifs de la période d'essai est visée « la préparation d'un programme thérapeutique ambulatoire ou résidentiel » (art. 21, § 2, 3°), en ce compris la libération à l'essai. L'octroi de congé n'est pas systématique et nécessite, entre autres, que la personne internée ne présente pas de risque de commettre de nouvelles infractions et qu'elle « marque son accord sur les conditions qui peuvent être attachées […] au congé »[128]. Pour l'année 2022, seules cinq candidats-patients ont bénéficié d'une période d'essai en vue d'une admission à l'unité B.

[127] Dans le cas de figure plus rare d'un candidat-patient qui viendrait d'une autre UPML (transfert d'unité), il n'est pas requis de bloquer des dates, la période d'essai équivaut alors au principe de « *time out* ».
[128] Ces conditions, énumérées aux articles 36 et 37 de la loi de 2014 relative à l'internement, ont une portée générale et valent aussi pour l'octroi d'une libération à l'essai.

Les coordinateurs TSI et les coordinateurs justice[129] encadrent de concert le recours et les conditions de réalisation de la période d'essai. Au moment de l'enquête, la période d'essai en amont d'une admission à l'UPML est considérée comme une « nouvelle pratique », qui nécessite une évaluation trimestrielle par lesdits coordinateurs mais qui ne doit être sollicitée que dans les cas où cela se justifie. Dans une note de travail datant de l'hiver 2022, les coordinateurs TSI et de justice précisent les conditions d'exécution des périodes d'essai pour les UPML, insistant sur le caractère non-systématique du recours à ce dispositif.

> « Il est important de ne pas systématiser cette possibilité [recourir à une période d'essai] mais bien de la limiter aux situations cliniques pour lesquelles un ou plusieurs entretiens de candidature ne permettent pas de se prononcer quant à l'acceptation ou non de l'interné dans le cadre d'une libération à l'essai. Il s'agit typiquement des situations dans lesquelles l'interné présente un comportement très problématique par rapport à la vie en groupe et/ou au respect du cadre thérapeutique. »

L'argument officiel en faveur d'un recours ponctuel à la période d'essai coïncide avec les dernières politiques pénales en matière d'internement : il faut impérativement vider les annexes (voir le chapitre 2) et faire de la mesure de sûreté un parcours de soins dynamique qui encourage la réinsertion et, à tout le moins, une forme de dé-prise en charge institutionnelle. Des échanges informels dans les couloirs des UPML laissent cependant entendre que la justification serait plutôt d'ordre économique. Le candidat-patient en période d'essai doit en effet s'acquitter de frais élevés de facturation pour les quatre semaines d'hospitalisation. La personne étant encore placée dans une structure (quasi-)pénitentiaire, elle n'est pas en ordre de mutuelle et ne peut bénéficier du statut d'intervention majorée (voir le chapitre 2). Les frais engendrés par la période d'essai reviennent donc au ministère de la Justice. D'après certains intervenants, ceci peut sans doute expliquer la frilosité du monde judiciaire à l'égard d'un recours systématique au dispositif.

Les premières évaluations ne permettent pas toujours à l'équipe de se faire une « bonne » idée de l'attitude du candidat-patient et de ses intentions. Parfois, les professionnels soupçonnent une attitude malhonnête dans le chef du patient, concernant certains aspects de sa situation et craignent que la personne n'ait pas « tout dit » (par exemple, concernant des faits antérieurs ou une consommation active de substances illicites). Le soupçon ou le doute émis est ici compris

[129] Pour une description de la fonction de coordination TSI et de justice, voir le chapitre 2, point I., 1., A.

dans un sens pragmatique, faisant appel à la « vigilance » des professionnels (Linhardt, 2001, p. 77), plutôt que comme principale justification pour refuser un patient, ce qui reviendrait à écarter une candidature simplement car on « ne le sent pas ». La part d'incertitude qui plane sur la prise de décision est immense. Pour tenter de l'alléger, les professionnels ont recours à la période d'essai afin de maximiser les chances de « faire le bon choix », c'est-à-dire mettre toutes les chances de son côté pour admettre, à l'unité, un patient qui va adhérer au cadre et dont le comportement sera « adéquat ». Le registre de l'adéquation, fréquemment utilisé sur ce terrain et de plus en plus mobilisé dans le champ de l'intervention psychiatrique (Marquis, 2019), est assez « vague », ce qui permet aux professionnels d'évaluer « s'il est possible de compter sur la personne tout en ayant une prise sur celle-ci, voire s'il est au contraire nécessaire d'intervenir contre son avis » (Marquis, Pesesse, 2021, p. 56).

La période d'essai se présente comme un outil censé faciliter le travail d'évaluation et de prise de décision des professionnels car elle apporte des éléments supplémentaires sur lesquels se fonde la prise de décision finale. Pourtant, que le candidat-patient joue le jeu de l'institution ou, au contraire, enfreigne les règles, semble avoir peu d'incidence sur son admission à l'unité. La période d'essai ne rend pas moins flottant le travail d'évaluation. Au point suivant, à partir d'une situation concrète, je montre comment les professionnels apprécient en équipe les effets d'une période d'essai écoulée.

2. L'exemple de Monsieur Sana : la personnalité qu'on ne peut pas changer

Le 14 juin 2021, soit quelques jours après ma première rencontre avec Monsieur Sana (voir l'extrait introductif de ce point), j'entends à nouveau parler de lui lors de la réunion clinique hebdomadaire de l'unité B. À cette occasion, les professionnels font le point sur la période d'essai du candidat-patient, qui vient de prendre fin. Le matin même, Monsieur Sana est d'ailleurs retourné à la prison de S., dans l'attente d'une décision quant à la poursuite ou non de sa libération à l'essai au sein de l'unité. Cette évaluation prend la forme d'une discussion en équipe, qui rassemble cette fois la quasi-totalité des professionnels de l'unité (à la différence des réunions de candidature qui se fait en comité restreint). Je fais état, ci-dessous, des échanges de la réunion afin de rendre compte des principaux éléments évalués.

> *Marc, psychiatre,* fait état du dernier entretien qu'il a mené avec Monsieur Sana [pendant la période d'essai] :
>
> « […] J'ai eu l'impression de ne rien en tirer… je l'ai revu seul et là il était beaucoup plus loquace. Je me dis que j'ai rencontré le vrai gars et pas le faux self. Il est plus spontané et me donne accès à qui il est…. Et puis Monsieur

> Lema [un autre patient de l'unité] est venu me voir vendredi […] : il énonce que Monsieur Sana veut le solliciter pour avoir du cannabis. Monsieur Lema sait que c'est délicat chez lui avec son gros passé de consommateur. Donc, voilà les deux facettes : est-ce qu'on bosse avec lui ? Il est tout feu tout flamme. […] Et Vincent [l'autre psychiatre de l'unité B] m'a dit ″Sana, faut le prendre, c'est un bon gars !″ [rire] ».

Noémie, assistante sociale, intervient à son tour :

> « J'ai contacté l'équipe soignante [de la prison de S.], le Docteur [le psychiatre de la prison de S.] a dit qu'il n'était pas à l'annexe psychiatrique mais avec les condamnés. À l'annexe, il avait des problèmes de consommation et il est un peu manipulateur. […] Et chez les condamnés, il est la cible, il a peur d'y retourner. Mais peut-être qu'ils vont le réinsérer à l'annexe, car si ça fait deux ans qu'il est chez les condamnés…[130] »

Marc, psychiatre, laisse s'échapper un soupir.

Que peut-on déduire de ces tous premiers échanges ? La notion de « faux self » mobilisée par le psychiatre dans l'extrait est assez répandue dans le sens commun aujourd'hui. Elle renvoie au concept développé par le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott (1975) selon lequel un individu marqué par un faux self se « sur-adapte » sans cesse au monde qui l'entoure (Marquis, 2009, [en ligne]). Le « faux-self » peut être compris comme « un mode de défense », une sorte de « façade de normalité face aux empiètements ou aux intrusions d'un environnement insuffisamment fiable » (Delchambre, 2009, [en ligne]). Dans ce contexte, on veut éviter à tout prix un comportement de sur-adaptation. On attend, au contraire, que le candidat-patient soit « vrai », qu'il puisse montrer « qui il est vraiment » et qu'il ait intégré les attentes de l'intervention. Quand Monsieur Sana m'explique qu'« ici c'est du soin », faisant référence au cadre de l'UPML et à la différence de la prison où c'est « de la surveillance », il montre en quelque sorte qu'il a fait sien le discours de l'institution psychiatrique.

Dans l'extrait, le silence du psychiatre et le soupir qu'il laisse échapper témoignent d'un dilemme difficile à trancher. Le cas de Monsieur Sana pose des difficultés en raison des « deux facettes » qu'il présente à l'équipe : tantôt honnête et bavard, tantôt transgresseur et tourné vers ses propres intérêts. Et c'est précisément ces deux facettes qui font l'objet de l'évaluation : d'une part, la personnalité du candidat-patient et, d'autre part, son comportement envers les autres professionnels et les autres patients de l'unité. Les attentes de l'équipe sont doubles : les professionnels veulent intervenir auprès d'un patient sincère, à qui il est facile de se fier, mais

[130] Ceci renvoie au constat soulevé dans le chapitre 1, concernant la surpopulation dans les annexes psychiatriques de prison, qui entraine le « placement temporaire » de personnes sous mesure d'internement dans le régime cellulaire de droit commun, soit avec les personnes condamnées et reconnues responsables de leurs actes.

aussi auprès d'un patient qui va s'adapter à la vie collective et entretenir de bonnes relations avec les autres. On a dépassé l'idéal de l'« adaptation primaire », c'est-à-dire du patient qui devient un membre à part entière de l'institution et qui collabore avec celle-ci (Goffman, 1968 [1961], p. 244). On vise plutôt un patient qui a complètement intégré les attentes qu'on a de lui, jusqu'à partager avec les soignants la même lecture de la situation.

À ce stade, on repère également, à l'instar de l'évaluation sur dossier, la place importante accordée à l'évaluation réalisée par des tiers antérieurs. Démunis, les professionnels s'en remettent à l'avis des acteurs judiciaires (et dans ce cas-ci, des acteurs pénitentiaires) qui ont pris ou prennent toujours en charge le candidat-patient concerné.

L'évaluation de la période d'essai de Monsieur Sana se poursuit. Camille et Jennifer, infirmières à l'unité B, prennent part à la discussion. Elles regrettent les consommations de substances illicites dans l'unité (alcool et drogue) et le manque de preuve pour en attester. Elles proposent de réitérer la période d'essai.

> *Camille, infirmière* :
> « Dans les derniers [patients] qu'on a accueillis, les conso', c'est compliqué. »
>
> *Jennifer, infirmière* :
> « C'est dommage qu'on n'ait pas fait de test avant que [Monsieur Sana] ne reparte. »
>
> *Marc, psychiatre* :
> « On s'engage dans un jeu du chat et de la souris. Il faut démanteler le réseau qu'il a peut-être lancé. »
>
> *Camille, infirmière* :
> « Peut-être faire un second essai ? »
>
> *Noémie, assistante sociale* :
> « Le psychiatre de la prison de S. a dit que c'était quelqu'un avec qui il faut très vite mettre le cadre. »

La question des consommations de substances actives est devenue un enjeu central de la prise en charge des UPML, et concerne également d'autres lieux d'internement[131]. On comprend dès lors pourquoi elle fait déjà irruption dans les débats qui concernent les admissions des nouveaux patients. Tout porte à croire que, pendant sa période d'essai, Monsieur Sana a consommé du

[131] La question a d'ailleurs fait l'objet d'un avis rendu le 24 novembre 2022 par le Comité consultatif de bioéthique de Belgique concernant la légitimité d'interdire la consommation de tabac dans les Centre de Psychiatrie Légale. L'avis est plutôt en faveur d'une « abstinence partielle et progressive » de l'usage du tabac et conclut qu'une interdiction totale de fumer au sein des CPL serait discriminante par rapport au reste de la population. Pour lire l'avis : https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-81-interdiction-de-fumer-dans-les-cpl

cannabis, pourtant interdit dans le service. Toutefois, afin de pouvoir donner une place à cet élément dans l'évaluation, il est nécessaire d'en apporter la preuve. La première étape est de pouvoir confirmer ou infirmer un soupçon au moyen de « tests » (pour le cannabis, cela revient à faire une prise d'urine et/ou une prise de sang). Dans la discussion, c'est l'absence de test, et donc l'absence de preuve, qui est regrettée, les professionnels ne pouvant dès lors que supposer une activité de consommation ainsi qu'un possible trafic. Dans ce contexte, la preuve doit permettre deux choses : d'une part, baser l'évaluation de la candidature sur des éléments concrets et objectifs, afin d'éviter une décision arbitraire fondée sur une simple supposition ou un *feeling* ; d'autre part, mettre la personne face à ses actes et attendre d'elle une prise de responsabilité. Dans le chapitre 5 de la thèse, je reviens sur ce deuxième aspect quand j'interroge le travail d'autonomie et l'activité concrète de la récolte de preuves suite aux comportements transgressifs des patients, ainsi que le recours à la sanction.

La discussion continue et aborde l'élément central de l'évaluation sur observation. Ce qui inquiète, c'est le risque de ne pas pouvoir « changer » la personne pendant son séjour à l'unité.

> *Marc, psychiatre* :
> « [Monsieur Sana] a une petite dimension narcissique. J'ai mis les pieds dans le plat en lui disant ″je ne sais pas si vous luttez contre quelque chose d'intérieur ou si vous vous la jouez petit roublard″, et il m'a dit ″oui, c'est ça de prendre les choses d'en haut″. Avec ce genre de profil, il se cache bien jusqu'à ce que tu le complimentes et le narcissisme ressort. »
>
> *Noémie, assistante sociale* :
> « Quand il a raconté le vol de GSM[132], il disait qu'il était fier quoi, il n'avait pas vraiment honte. »
>
> *Marc, psychiatre* :
> « Il s'imagine à l'affiche de *Ocean 11*. Dans l'absolu, rien ne changera car on ne change pas une personnalité, mais peut-être que si on le confronte aux conséquences de ses actes… »
>
> *Noémie, assistante sociale* :
> « Oui, il faut peut-être lui expliquer. »
>
> *Marc, psychiatre* :
> « Faire un deuxième essai, c'est le mieux qu'on puisse lui accorder. […] »

Tout d'abord, on retrouve le critère de l'autonomie-responsabilité, expliqué plus haut (voir le point II). Dans ce cas-ci, le candidat-patient ne semble pas démontrer une attitude suffisamment responsable vis-à-vis de ses actions et de sa situation (« il n'avait vraiment pas

[132] Terme utilisé en Belgique pour désigner un téléphone portable.

honte »). Quand le psychiatre interpelle le patient (« je ne sais pas si vous luttez contre quelque chose d'intérieur ou si vous vous la jouez petit roublard »), il mobilise deux registres qui mettent en tension la notion de responsabilité : l'un, clinique (« vous luttez contre quelque chose d'intérieur »), sous-entend la présence d'une affliction interne qui viendrait déresponsabiliser la personne concernée ; l'autre, moral (« vous vous la jouez petit roublard »), implique au contraire qu'il faut que la personne réponde de ses actions.

Les attentes en termes d'autonomie se retrouvent dans d'autres sphères de l'intervention auprès d'autrui, comme le champ de la santé mentale (Velpry 2008 ; Marquis, 2019) ou celui du handicap (Eyraud 2012 ; Azevedo, 2022), où l'autonomie a pris une importance considérable comme finalité de la prise en charge. S'il en va de même dans le contexte de l'internement « pénal », on observe cependant une insistance assez marquée pour l'enjeu de « reconnaissance », ce qui implique que le candidat-patient fasse preuve d'une certaine réflexivité et, à termes, se responsabilise. Or, c'est justement en raison d'un statut d'irresponsabilité pénale (voir le chapitre 1) 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 ? Le chapitre suivant va plus loin dans l'analyse de la place donnée à ces attentes et la façon dont elles sont évaluées par les professionnels.

Pour en revenir à l'extrait ci-dessus, c'est la personnalité de Monsieur Sana, soit ce qui constitue son « moi » intérieur et le distingue des autres individus, qui est soumise à l'évaluation. Plus tôt, on évoquait son côté « manipulateur » ; on fait mention ici de son « profil narcissique ». L'évaluation des traits de personnalité du candidat-patient semble s'être substituée à la prise en compte et à l'appréciation des symptômes et des manifestations du trouble mental (« psychotique »), qui n'interviennent pas du tout dans la discussion.

Quand le psychiatre précise que « rien ne changera car on ne change pas une personnalité », il analyse la situation à la lumière d'une vision « fixiste » de la personnalité du candidat, selon laquelle celle-ci est figée, inhérente à la personne, et sur laquelle il n'est pas possible de travailler. En ce sens, la façon dont le psychiatre qualifie la personnalité de Monsieur Sana – une personnalité problématique qui met à mal le cadre – traduit une vision assez classique du soin, où soigner signifie « guérir la maladie » (voir le modèle du « *treatment first* » ; Moreau, Laval, 2015, p. 224). Face à une personnalité qui, comme il le dit, « ne peut pas changer », la

mission de soin est alors mise à mal en ceci qu'elle place les professionnels dans l'impossibilité d'agir sur quoi que ce soit. Cependant, le psychiatre ajoute qu'il y a la possibilité de « confronter » Monsieur Sana « aux conséquences de ses actes… ». Il soutient par là, implicitement, l'idée qu'une possible manière de faire, ou d'intervenir auprès de la personne, serait de travailler sur ses capacités. Ceci fait écho au contexte de l'anthropologie « conjonctive » dans lequel les pratiques d'intervention semblent s'ancrer de plus en plus (Genard, Cantelli, 2008, [en ligne]) : les capacités d'une personne, évaluées sur un continuum, apparaissent comme « des potentialités à la fois fragiles mais toujours mobilisables, et par ailleurs toujours diversifiées selon les individus et selon les situations » (Genard, Cantelli, 2008, [en ligne]). Est visé ici le travail de l'autonomie-responsabilité du patient qui consiste à tenter de lui faire prendre conscience du caractère illégal ou immoral de ses actes (voir de Larminat, 2018, [en ligne]). On analysera plus en détail la portée de ce travail dans la troisième partie de la thèse. L'observation des échanges met donc en exergue deux façons de concevoir le soin qui entrent en tension au moment d'évaluer et de décider ce qu'il convient de faire par rapport à la situation d'un patient. Je ne fais qu'esquisser ce point ici.

La discussion autour de Monsieur Sana s'achève. L'incertitude n'étant pas résolue, les professionnels décident finalement d'avoir recours à une deuxième période d'essai.

> *Camille, infirmière* :
> « Oui, on n'a pas de preuve. Sur la base de quoi on peut le refuser ? »
>
> *Noémie, assistante sociale* :
> « Mais en quoi le deuxième essai va nous aider ? Ce ne sera pas simplement une réplique du premier ? »
>
> *Marc, psychiatre* :
> « Peut-être qu'il arrivera à se contenir… donc un travail sera possible, or s'il rejoue le narcissique, on sait que ce sera non. »
>
> *Margaux, ergothérapeute* :
> « Peut-être un essai à la rentrée [en septembre] ? […] On peut lui renvoyer que ce n'est pas adéquat maintenant, que c'est un peu prématuré. »
>
> *Marc, psychiatre* :
> « Il faut que ce soit cadenassé. Donc le prochain essai, il doit être très entouré, et observé. Donc, à la rentrée. On dit ça ? »

Plusieurs professionnels marquent leur accord. L'équipe passe au patient suivant. À la lecture des derniers échanges, ce qui frappe, c'est l'usage récurrent du pronom « on », qui renforce l'idée d'une identité d'équipe. Toutefois, derrière un « on » rassembleur, le psychiatre, qui

incarne l'autorité, est celui qui clôt souvent les débats et oriente la prise de décision (« on fait comme ça ? »).

Quelques mois plus tard, suite à l'évaluation de son dossier de candidature, suivi d'un, voire de deux entretiens de candidature ainsi que de deux périodes d'essai, Monsieur Sana est finalement admis à l'unité B, malgré un « profil » jugé pas tout à fait « adéquat » par l'équipe. Lors d'un de nos échanges, en mars 2022, il me confiera lui-même qu'il garde un souvenir positif de ses semaines à l'essai dans l'unité et qu'elles lui ont permis de ne pas se sentir « dépaysé » dès son arrivée officielle à l'UPML.

IV. Les épreuves institutionnelles et organisationnelles du « traitement des candidatures »

Observer le traitement des candidatures ou *a minima* les moments de compte-rendu qui s'appuient sur des dispositifs d'évaluation différents (dossier de candidature (II.), période d'essai (III.)), permet de prendre un peu de hauteur et d'engager une réflexion sur la marge de manœuvre dont disposent les professionnels dans l'évaluation des candidatures et les prises de décision. Admettre ou refuser une personne internée pour un séjour à l'UPML ne dépend pas uniquement de leur bonne volonté, ni des critères qu'ils énoncent. Traiter les candidatures est une activité très chronophage pour les professionnels. De la réception du dossier de candidature à l'admission du patient, plusieurs semaines se sont écoulées. Pour Nathan, psychologue, « gérer une candidature revient environ à 12 heures de travail ».

Le traitement des candidatures est ponctué de contraintes ordinaires. Il arrive, par exemple, que le dossier du candidat-patient soit rédigé en néerlandais, ce qui exige qu'un ou plusieurs professionnels maitrisent suffisamment la langue pour procéder à l'évaluation du dossier. Solène m'a d'ailleurs une fois sollicitée dans l'espoir de surmonter cette difficulté. Ne voulant pas me risquer à un exercice de traduction périlleux, je lui ai suggéré d'avoir recours à un outil de traduction en ligne. En raison du caractère confidentiel des données du candidat-patient inscrites dans le dossier, l'usage d'Internet était, selon elle, déconseillé. « Bon, de toute façon, je ne pense pas qu'on le prendra, mais je vais essayer de trouver quelqu'un dans l'hôpital qui parle néerlandais ».

À côté de ce type de « micro-contraintes », le travail d'évaluation des candidatures peut générer des tensions d'ordre structurel ou institutionnel. Dans cette dernière partie, je mets en évidence

deux de ces tensions, qu'on peut qualifier d'« épreuves de professionnalité » car elles éprouvent le travail des professionnels et, de la même façon, poussent ceux-ci à « bousculer » leur façon de travailler (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 74) afin d'y « faire face » (Ravon, 2009, p. 62). L'accès à la libération à l'essai et l'arrivée en UPML est, pour beaucoup de personnes internées, un premier pas dans le champ de la santé mentale. Tout l'enjeu pour les professionnels repose alors sur la continuité des soins, en évitant à tout prix un séjour prolongé en prison (1.). Et si l'évaluation des candidatures est censée engager toute l'équipe, les professionnels de première ligne – les soignants – sont parfois considérés comme « démissionnaires » du processus, alors qu'ils occupent un rôle central : l'accueil des nouveaux patients (2.).

1. Éviter la stagnation en prison et fluidifier les trajets de soins : la délicate question des refus d'admission

Je l'ai précisé en introduction de ce chapitre : en matière de candidatures, l'admission est la norme et les refus sont rares. Ces derniers peuvent être expliqués, soit par des dossiers « mal profilés » qui ne correspondent pas aux critères internes d'inclusion, soit par ce que certains acteurs de terrain appellent des « erreurs de casting » : une dissonance apparait entre le dossier du candidat-patient et la présentation de celui-ci lors d'un premier entretien de candidature, dissonance qui justifie parfois le recours à une période d'essai (voir *supra*, point III.). Néanmoins, les entretiens et les observations montrent que prendre la décision de refuser un candidat peut provoquer des formes d'embarras chez les professionnels, embarras que je classe selon deux ordres.

A. Embarras d'ordre humanitaire et institutionnel

L'un, que je qualifie d'*embarras humanitaire*, est généré par la position des UPML dans le trajet de soins : « on sait que si on refuse quelqu'un, il reste en prison ». En effet, un refus de séjourner à l'UPML et, *de facto*, une impossibilité d'entamer la libération à l'essai, impliquerait un séjour prolongé dans un lieu de placement hautement sécurisé. Quand Marc, psychiatre à l'unité B, rappelle à l'équipe que les réunions de candidatures sont un « enjeu majeur » en ceci qu'elles permettent de « définir l'avenir du service », faisant allusion aux conséquences que pourrait avoir l'admission d'un patient au comportement inadéquat, la criminologue s'empresse d'ajouter qu'il en va également de l'avenir du patient ; « surtout si on refuse, il faut y réfléchir à deux fois », insiste-t-elle. De l'évaluation des dossiers de candidatures et/ou des périodes d'essai émerge un consensus quant au fait de ne pas prolonger les périodes de détention et le placement des personnes internées.

Les professionnels des UPML sont très au fait de la situation des annexes psychiatriques de prison et des condamnations de l'Etat belge par la Cour européenne des droits de l'homme (Nederlandt, Colette-Basecqz, 2018). La création des unités a d'ailleurs été pensée dans l'optique de « vider les annexes » et de permettre aux personnes sous mesure d'internement d'entrer plus rapidement dans une trajectoire de soins, sans forcément passer par une structure carcérale, ou, à tout le moins, en y restant plus brièvement. Le poids des conséquences d'un refus d'admission, qui se traduit par une stagnation en prison de la personne internée, n'est pas toujours facile à porter pour les professionnels. 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. Assurer un traitement régulier des candidatures permet à de nouveaux patients d'entamer leur libération à l'essai et d'ainsi « fluidifier les trajets de soins », mais ceci implique que des lits soient disponibles. Ceci m'amène au second embarras identifié.

Le second embarras est lié aux dernières politiques publiques en matière de santé mentale. Il est d'ordre *institutionnel*. « Il faut traiter les candi' ; si on ne le fait pas, il n'y a pas d'entrée. Si on n'a pas le bon taux d'occupation, ça n'est pas bon ». En ces termes, Solène, criminologue, soulève un enjeu majeur auquel les « professions à pratiques prudentielles » (Champy, 2012) sont confrontées : les exigence de performance et de rentabilité (Mougeot, 2017). Le ministère de la Santé publique exige, pour accorder des subventions, un taux d'occupation des « lits » des UPML de 85%. Le lit psychiatrique est en effet devenu une ressource précieuse depuis les dernières réformes qui encouragent une prise en charge hors les murs (voire le chapitre 2). Il est donc nécessaire de les rentabiliser et de ne pas les gaspiller : un bon lit psychiatrique est un lit occupé, comme le souligne la littérature dans le champ : « en Belgique, avoir des lits vides signifie une perte de revenu car les hôpitaux sont payés quotidiennement par le système national de santé » (De Page, Titeca, 2021, p. 7, *ma traduction*). En pratique, dans les unités, les lits ne restent jamais vides très longtemps. S'ils ne sont pas attribués à de nouveaux arrivants, ils peuvent accueillir des « *time out* ». Ce dispositif nécessite de pouvoir, dans un laps de temps assez court (souvent deux semaines), héberger à l'unité une personne internée venue d'une autre institution de soins, le temps d'apaiser et de stabiliser la situation afin d'éviter une crise. Certaines périodes de l'année sont plus chargées que d'autres et engendrent des « *turn over* » de patients plus ou moins conséquents.

Partant, il apparait que les UPML tiennent à la fois le rôle d'une institution qui *offre* des soins de santé mentale à ceux qui n'en reçoivent pas ou pas suffisamment et qui, selon les professionnels, devraient pouvoir en bénéficier et celui d'une institution qui est en *demande* de nouveaux patients dans le but de répondre aux attentes du ministère de la Santé publique, qui exige un haut taux d'occupation des lits psychiatriques subventionnés.

De surcroit, la nécessité de remplir les lits des UPML peut avoir des répercussions sur certains aspects du quotidien de ces unités, aspects qui ne viennent pas directement à l'esprit à moins qu'on ne les interroge : par exemple, l'effectivité de la mixité entre hommes et femmes chez les patients.

B. Rotation des lits et agencement des chambres : un obstacle pour les candidatures de femmes internées ?

La dimension de genre, que je réduis ici à un usage simplifié et binaire (homme et femme), ne fait pas explicitement l'objet du traitement des candidatures, en ceci qu'elle n'est que très rarement mobilisée au moment de l'évaluation des dossiers. Cependant, il est intéressant de constater que la question de la disponibilité des lits peut également avoir une incidence sur la possibilité pour les UPML d'accueillir une patientèle mixte, c'est-à-dire d'admettre tant des patientes que des patients interné-es en libération à l'essai. Si, auparavant, les lits avaient plutôt une « fonction classificatoire » (Majerus, 2011, p. 109), qui pouvait donner lieu à une répartition genrée de la patientèle, plaçant les hommes d'un côté du dortoir et les femmes de l'autre (Majerus, 2011, p. 109), aujourd'hui, dans les UPML, c'est plutôt l'agencement des chambres qui joue un rôle en la matière.

À ce jour, il existe peu de données nationales sur la répartition genrée des différents lieux d'internement, qu'ils soient mixtes ou non-mixtes (Mertens, 2018). On estime toutefois que le taux de femmes internées oscille aux alentours des 10%[133]. À titre d'exemple, au moment de l'enquête, on comptait 6% de femmes internées en libération à l'essai à l'unité B, contre 94% d'hommes[134]. L'unité A, quant à elle, hébergeait seulement des patients masculins. Si, en principe, les UPML sont mixtes, en pratique, la mixité est donc rarement pleinement effective.

[133] En 2015, on comptait 8% de femmes internées en Flandre et à Bruxelles, dont la majorité se trouvait en libération à l'essai, voy. Mertens, A. (2018). De beleving van vrouwen met een interneringsmaatregel: tussen hoop en vrees. *Panopticon*, *39*(6), p. 581.

[134] Afin de garantir l'anonymat des unités étudiées, identifiables par le nombre de lits dont elles disposent, je renseigne en pourcentage le ratio hommes-femmes des patients de l'unité B.

À l'unité A, l'argument mobilisé pour justifier la non-mixité n'est pas seulement démographique (il y a très peu de femmes internées et, dès lors, très peu de candidatures de femmes internées libérées à l'essai), mais aussi organisationnel et matériel : « si on avait plusieurs patientes », m'explique Hugo, psychologue, « on pourrait faire une chambre commune de 3 ou 4 femmes, mais ça ne s'est jamais présenté ». Il m'explique ensuite que les femmes internées doivent bénéficier de chambres individuelles afin de garantir leur sécurité et le respect de leur intimité. Or, les candidatures de femmes internées libérées à l'essai étant assez exceptionnelles et peu nombreuses, les quelques rares demandes sont refusées sous prétexte qu'il n'y a pas (ou pas assez) de chambres prévues pour une seule personne[135]. Accepter une candidature de femme à l'unité A reviendrait alors à « sacrifier » une chambre entière de patients, qui contient trois ou quatre lits. Les professionnels ont donc pris la décision de ne plus admettre de femmes à l'unité. Par conséquent, à défaut de trouver facilement une place en UPML, on peut se demander si les femmes internées sont contraintes de rester plus longtemps au sein d'unités *high risk*, ou si, au contraire, elles intègrent plus rapidement des services ambulatoires *low risk*. Des recherches plus approfondies sur la trajectoire des femmes internées permettront sans doute d'éclairer ce point.

2. Le « traitement des candidatures », révélateur des enjeux de différenciation professionnelle

De manière générale, les moments d'échanges aux cours desquels sont évaluées les candidatures à l'UPML se déroulent dans une ambiance sereine. Le rire y trouve même une place (Mougeot, 2019, p. 81) et permet aux professionnels, dans ce contexte, de trouver collectivement une façon de rendre ordinaire et triviale l'extraordinaireté de certaines situations et, en particulier, la nature de certains faits infractionnels (par exemple, le jet d'urine et de matière fécale à destination d'un agent pénitentiaire, dans le cas de Monsieur P., discuté plus haut). Si la pratique est collective, ce qui empêche qu'une seule personne endosse la responsabilité des décisions d'admission, les criminologues occupent une place centrale, en tant que « gestionnaires » des candidatures : ils centralisent et pré-analysent les dossiers, organisent les premières rencontres et assurent le relais avec l'instance judiciaire. Le psychiatre est généralement celui qui clôt les débats, bien que ses interventions soient ponctuelles et en général dirigées vers le traitement médical. Il n'est d'ailleurs pas rare que ce dernier soit

[135] Dans les nouvelles et/ou futures UPML, suite aux récents travaux de rénovation, on préfère les chambres individuelles et doubles, ce qui permettra sans doute de lever la contrainte organisationnelle et d'ouvrir les portes des unités à toutes les femmes internées en libération à l'essai qui en feraient la demande (à condition de remplir les critères formels d'admission).

interrompu par des appels sur son *DECT* qui l'obligent à sortir quelques minutes de la salle de réunion. Les psychologues et assistants sociaux présents interviennent de temps à autre pour donner leurs avis sur les situations présentées. Quant aux membres de l'équipe soignante, principalement les infirmiers et les infirmières, ils sont vivement encouragés par leurs collègues à prendre part aux réunions et, en particulier, aux réunions de candidature, mais leur participation active au processus reste une gageure.

La pertinence des réunions de candidatures fait l'objet de discussions entre les professionnels de l'unité B. À l'occasion d'une réunion « institutionnelle » que j'observe et qui, ce jour-là, ne rassemble qu'un nombre restreint de professionnels (dont aucun membre de l'équipe soignante si ce n'est le chef infirmier), l'intérêt de maintenir les réunions de candidatures est remis en question. Ces temps de réflexion et de mise en commun, s'ils sont un moment privilégié pour les professionnels, sont considérés comme chronophages et contraignants par l'équipe soignante, à l'instar d'autres types de réunions. Il ressort des observations que les professionnels de première ligne n'ont pas toujours envie de prendre part aux délibérations, ce qui amène le reste de l'équipe à « ruser » afin d'encourager la participation de tous (A.). L'équipe soignante occupe cependant une fonction importante à l'issue du traitement des candidatures : l'accueil des nouveaux patients de l'unité (B.).

A. Engager l'équipe soignante dans le traitement des candidatures

Au détour d'une conversation avec un collègue, Régis, chef infirmier, semble contrarié : l'équipe soignante était absente lors de la dernière réunion de candidature et « ça, ça ne va pas ! ». À côté des réunions de candidatures, les professionnels doivent également trouver du temps pour se rendre, en binôme, dans un des lieux de placement afin de mener un premier entretien avec le candidat-patient. La Belgique ayant beau être un petit pays, de tels déplacements peuvent engendrer de longues heures passées sur la route, certains lieux de placements étant localisés dans des zones géographiques décentrées. Si une voiture d'équipe est normalement à disposition des professionnels, l'usage d'une voiture personnelle peut s'avérer nécessaire.

On l'a vu, les criminologues sont en charge des candidatures et sont généralement épaulés par les psychiatres, les assistantes sociales et les psychologues de l'unité. L'équipe soignante est, quant à elle, relativement absente des discussions. À l'unité B, la question de l'implication de l'équipe soignante est mise à l'ordre du jour d'une réunion organisationnelle, suite à une « plainte » des infirmiers et des infirmières concernant le comportement d'un patient jugé

« inadéquat ». Ces derniers ont fait part de leur incompréhension quant aux raisons de l'admission de ce patient dans l'unité. Régis, chef infirmier, amorce la discussion et pointe une tension : « les soignants se plaignent du comportement trop à risque d'un nouveau patient, mais ils ne viennent pas aux réunions [de candidature] ». Si l'équipe soignante est parfois considérée comme « démissionnaire » par rapport à l'évaluation des potentiels futurs patients, cette attitude est cependant très vite nuancée par leurs collègues. « Mais bon je comprends, ils ont autre chose à faire », poursuit Julie, psychologue. Marc, psychiatre, intervient également : « comment répondre à la frustration de ne pas être entendu ? […] On peut les entendre mais ce n'est pas pour ça que leur avis sera bien pris en compte ». Comment, dès lors, engager les soignants dans l'évaluation des candidatures ?

Une piste envisagée par les professionnels est de rendre obligatoire la participation aux réunions de certains membres de l'équipe soignante. Si Solène, criminologue, ne se sent pas légitime pour « forcer » ses collègues à prendre part aux réunions de candidature, Régis, chef infirmier, propose de le faire tout de même, soulignant le rapport d'autorité qu'il entretient avec les soignants. C'est finalement au moyen d'une « ruse » que les professionnels sont parvenus à faire des réunions de candidature l'affaire de toute l'équipe. Par « ruse », j'entends ici un moyen habile d'amener une personne vers l'objectif visé, une façon « d'infléchir le sens de l'action » (Vidal-Naquet, 2019, p. 52), sans pour autant adopter une attitude malveillante qui consisterait à tromper l'autre.

Le 10 mars 2022, soit un de mes derniers jours sur le terrain, j'arrive à l'unité B. J'aperçois une dizaine de professionnels dans le bureau des soignants. Il n'y a d'ailleurs pas de place assise pour tout le monde ; certains professionnels sont debout, agenda et/ou tasse de café en main. Je comprends rapidement qu'il s'agit d'une réunion de candidatures. Le profil d'une candidate-patiente est discuté. Elle séjourne actuellement dans l'unité *high risk* de protection sociale du Centre hospitalier psychiatrique du Chêne-aux-Haies – seul lieu de « défense sociale » pour les femmes internées en Belgique francophone, et fait une demande de séjour à l'unité B en vue de sa libération à l'essai. L'ambiance est lourde, les crimes commis sont très graves (faits de violence sur un enfant). Gabriella, psychologue, encourage ses collègues à donner un avis favorable à cette candidature, tandis que Noémie, assistante sociale, exprime quelques doutes car la candidate-patiente minimise les faits. J'observe les soignants écouter les échanges. Je suis étonnée de les voir présents en si grand nombre. Solène, un léger sourire en coin, m'explique

que, pour pallier le problème des soignants absents aux réunions de candidatures, celles-ci ont dorénavant été déplacées… dans leur bureau, permettant ainsi de les impliquer sans les obliger.

S'il est parfois reproché à l'équipe soignante de ne pas activement prendre part aux réunions de candidature, elle assure, toutefois, l'accueil des patients récemment admis à l'unité. Je reviens, dans les paragraphes qui suivent, sur le rituel de l'accueil à l'UPML.

B. L'arrivée d'un nouveau patient à l'UPML : accueillir et aligner la prise en charge sur les évaluations précédentes

> Alors que je m'apprête à quitter l'unité A après une matinée d'observation, je croise Johanne, une infirmière d'une quarantaine d'années, et Lucie, une infirmière d'une trentaine d'années. Elles se dirigent toutes deux vers le bureau des soignants. Johanne et Lucie portent quatre grands sacs en plastique, à l'allure de sacs-poubelles, et des caisses en carton remplies de documents. Un monsieur les accompagne, la cinquantaine, il n'est pas très grand et présente un léger surpoids, je comprends assez rapidement qu'il s'agit d'un nouveau patient, que je nommerai Monsieur Ivan. Je décide de rester quelques minutes de plus. Les sacs contiennent, en fait, les affaires personnelles du nouveau patient. Il vient d'être admis, c'est son premier jour à l'unité.
>
> *(JT, unité A, 24 juin 2021)*

Après avoir été admis au sein d'une UPML, le patient interné s'apprête à poursuivre une partie de sa libération à l'essai dans un cadre hospitalier. Il arrive que l'équipe mobile TSI accompagne le patient pour son premier jour à l'unité et opère ainsi un relais institutionnel entre le lieu de placement hautement sécurisé et l'unité psychiatrique médico-légale[136]. Le nouveau patient ne subit pas tout le processus de « mortification » ou de « dépouillement », tel que Goffman a pu le décrire (1968 [1961], p. 59), qui consiste par le biais d « humiliations » et des formes de « dégradation » à priver le patient de sa personnalité et à effacer tout attachement qu'il entretien avec sa vie « d'avant » et sa vie au dehors, dans le but de le conformer aux attentes de l'institution « totale » (Goffman, 1968 [1961], p. 62-66). Si aujourd'hui l'admission du patient à l'UPML se veut moins « mortifère », elle induit tout de même quelques changements pour ce dernier.

Lors de son premier jour à l'unité, le nouveau patient arrive avec quelques affaires personnelles, amassées dans un sac, et, dans certaines unités, reçoit un « kit hygiène » et parfois un « bon de

[136] Il arrive que le « nouveau » patient ait toutefois déjà expérimenté un séjour en UPML, à l'occasion d'une précédente libération à l'essai, qui aura été révoquée, voire même d'une courte période d'essai comme Monsieur Sana, cité plus haut.

15 euros », de quoi lui permettre d'entamer les premiers jours d'hospitalisation. Dès les premières heures du patient au sein de l'unité, l'équipe soignante prend en charge quelques « formalités d'admission » (Goffman, 1968 [1961], p. 59), qui consistent à réaliser un inventaire des affaires personnelles du patient, à lui attribuer un lit dans une chambre, et, au moment de l'enquête ethnographique, à prendre ses « paramètres covid »[137]. Parfois, l'équipe ne dispose pas de toutes les informations relatives au patient, ce qui l'oblige à devoir faire appel aux connaissances et à l'expertise de tiers du ou des lieu(x) de placement où était pris en charge le patient, voire d'autres UPML. L'extrait ci-dessous retrace en détail les premiers pas de Monsieur Ivan à l'unité A.

> Accompagné des deux infirmières, Monsieur Ivan entre dans le bureau des soignants. Les sacs sont posés par terre, les caisses en carton sur la table. Johanne m'explique, ainsi qu'à ses collègues présents, que Monsieur Ivan est atteint de surdité. Une cicatrice d'une dizaine de centimètre longe son crâne rasé. Johanne va procéder à la « prise de paramètres », liée au contexte Covid19. Le « test de saturation »[138] est concluant, avec un résultat de 98.83, « ok, très bien ». Johanne parle très fort dans le bureau des soignants afin de s'assurer que Monsieur Ivan comprenne qui elle est : « JE SUIS INFIRMIÈRE ». Monsieur Ivan, s'exprimant tant bien que mal, la remercie pour son accueil. Johanne prend ensuite sa température et sa tension, tout semble être en ordre. Monsieur Ivan tremble un peu ; peut-être est-il nerveux, ou peut-être est-ce un effet secondaire dû à la prise de certains médicaments ? « JE VAIS VOIR AVEC VOUS VOS AFFAIRES », explique Johanne, haussant la voix ; « CE QUE VOUS POUVEZ GARDER, CE QUE VOUS NE POUVEZ PAS GARDER ». Je comprends que Monsieur Ivan était précédemment placé aux Marronniers, l'Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS). Solange, une autre infirmière d'une quarantaine d'années, m'explique que Monsieur Ivan « n'a jamais été traité pour sa surdité […] on doit donc crier, mais il est capable de lire sur les lèvres. Mais bon, avec les masques, c'est pas facile… ». Solange encode dans l'ordinateur quelques informations relative au nouveau patient : « deuxième dose de Moderna© ». Les infirmières discutent entre elles de la possibilité de contacter l'assistante sociale de l'HPS, dans le cas où celle-ci serait en mesure de leur donner plus d'informations sur le patient. Monsieur Ivan, toujours dans le bureau des soignants, demande s'il peut fumer, il explique pouvoir « gérer » lui-même ses cigarettes. Johanne enfile des gants en plastique et se met à fouiller les sacs contenant les affaires personnelles, sous le regard attentif du patient.
>
> (*JT, unité A, 24 juin 2021*)

Dès l'arrivée d'un nouveau patient, les informations qui le concernent sont encodées dans un dossier informatisé, qui contient des informations générales relatives au patient (données

[137] Ceci consiste principalement à prendre la température de la personne, vérifier son statut vaccinal et mesurer la saturation en oxygène.

[138] Il s'agit d'un procédé qui permet d'évaluer le taux d'oxygénation du sang au moyen d'un « saturomètre » posé sur un doigt afin de mesurer la saturation artérielle en oxygène. Un taux normal d'oxygénation se situe entre 95 et 100 %. Un taux inférieur peut indiquer une pathologie respiratoire.

biographiques, médication, date d'arrivée, numéro de chambre, noms des référents, *etc*.). Ce dossier est mis à jour quotidiennement sur la base, par exemple, du niveau de « surveillance » requis pour le patient (souvent lié aux consommations de drogue et d'alcool). Les professionnels doivent également « encoder » si le patient a fait l'objet d'une mesure d'isolement, s'il est en « sortie accompagnée », ou encore, s'il est « à risque de déshydratation ».

Dans les unités, les patients sont libres de conserver la plupart de leurs affaires personnelles : vêtements, objets de loisir (livre, radio, *etc*.) et de toilette (rasoir, savon, *etc*.). Les téléphones portables, voire les ordinateurs portables sont autorisés, pourvu qu'ils soient utilisés raisonnablement. Les « armes » et autres « objets tranchants ou dangereux » sont interdits, au risque d'être « confisqués ». Le patient peut également avoir en sa possession des cigarettes et de l'argent, si toutefois il ne fait pas l'objet d'une administration de biens (voir le chapitre 2) et s'il sait « gérer » sa consommation de tabac. À peine arrivé, Monsieur Ivan semble avoir déjà intégré certaines des attentes des professionnels quand il explique d'emblée pouvoir « gérer lui-même ses cigarettes », sans doute par peur qu'on les lui retire. La gestion du tabac est en effet au cœur de l'intervention des UPML et fait l'objet d'une régulation continue (voir le chapitre 5).

La situation de Monsieur Ivan est intéressante car, à peine arrivé à l'unité, il pose un enjeu de taille à l'équipe : est-il au bon endroit ? Une semaine après son admission, Monsieur Ivan est déjà à l'ordre du jour de la réunion clinique hebdomadaire. Aline, criminologue, interroge ses collègues sur la « ligne de travail » à adopter pour ce nouveau patient « tout juste arrivé ». Elle présente ensuite le « profil » du patient afin d'informer les collègues qui ne l'ont pas encore rencontré. Deux membres de l'équipe soignante sont présents et prennent note.

> « Monsieur Ivan est né en [dans un pays d'Europe de l'Est] en 19XX, il était à l'HPS, au pavillon des doubles diagnostics. Il est interné depuis 2015 pour viol... euh non pardon, pour le vol des affaires d'une femme âgée ». Des rires s'échangent entre les collègues. Hugo, psychologue, charrie Aline sur son erreur : « ah ces criminologues ! ». Aline poursuit : « on a peu d'infos sur ces antécédents, il n'a pas de casier judiciaire. Il est arrivé en Belgique [dans les années nonante, alors qu'il était âgé d'une vingtaine d'années]. Il dépensait tout son argent dans le jeu, au casino. […] C'est difficile d'avoir un entretien correcte, il est bien sourd ce Monsieur. »

Aline, criminologue, interpelle ensuite l'équipe quant à la nécessité de mettre en place une administration de biens pour le patient et insiste sur le besoin de « préciser le diagnostic ». Je reviens sur ces deux éléments avant de clore le chapitre.

D'abord, par rapport à l'administration de biens, Charlotte, assistante sociale, questionne l'utilité de la mise en place d'un tel régime de protection pour ce patient. Hugo, psychologue, pense au contraire que c'est pertinent car « il dépense tout son argent dans le jeu et l'alcool ». Charlotte ajoute que Monsieur « a de la *Vierge Noire* » et qu'« il fait une fixation » là-dessus, « il veut absolument savoir ce qu'il a sur son compte en banque ». Le patient est à l'unité depuis quelques jours et, en raison du règlement des unités, il ne peut pas encore bénéficier de sortie non-accompagnée. Quand Hugo défend le recours à une administration de biens en raison du comportement « irresponsable » du patient qui « dépense tout son argent dans le jeu et l'alcool », il se réfère en fait à l'évaluation réalisée par des intervenants du lieu de placement, soit des tiers intervenant avant lui. L'examen du traitement des candidatures a mis en évidence que c'était une pratique courante dans les UPML. L'accès à la libération à l'essai dans ces unités ne permet donc pas de faire table rase des premières évaluations ou expertises, qui ont déjà collé une certaine étiquette sur la personne internée elle-même ou son comportement.

Ensuite, concernant la demande de précision du diagnostic, Matteo, psychiatre, s'interroge sur le mécanisme de « candidature » pour l'unité de double diagnostic (DD) de l'hôpital, dans l'idée d'y transférer Monsieur Ivan tandis que Nathan, psychologue, s'étonne que la surdité du patient « n'ait pas été traitée à l'HPS ». Au vu des échanges, il n'est pas clair ici si la question du possible transfert de Monsieur Ivan vers l'unité de double diagnostic ait un rapport quelconque avec sa surdité. En général, l'attribution « double diagnostic » vise plutôt une patientèle qui combine un diagnostic de psychose et un retard mental, voire un trouble lié aux assuétudes. Que la surdité, définie comme une « déficience auditive » selon les termes médicaux, serve de motif pour réorienter un patient vers ce type d'unité peut surprendre. Toutefois, il pourrait à nouveau refléter une pratique du « faire comme les autres avant soi », qui consiste à calquer « la ligne de travail » de l'UPML sur celle entreprise dans les précédents lieux d'internement par lesquels la personne est passée. Dans ce cas-ci, Monsieur Ivan avait déjà été placé dans l'unité de double diagnostic de l'HPS. Quelques semaines plus tard, il sera finalement transféré à l'unité « DD » de l'hôpital.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Les UPML peuvent choisir leurs patients. Elles ont donc mis en place un système de « traitement des candidatures », qui vise à évaluer les candidats et, *in fine*, à déterminer qui peut être admis à l'unité. Traiter les candidatures fait appel à différents modes d'évaluation, qui portent chacun sur des aspects particuliers de la situation et de la personnalité du candidat-patient.

L'évaluation du dossier de candidature, essentiellement nourri par des rapports de tiers rattachés à d'autres lieux d'internement, donne des informations sur la situation actuelle et passée de la personne internée. Elle permet également de mettre en évidence des indices sur les capacités d'autonomie du patient et sa propension à travailler sur ce qu'il a fait en vue de sa réinsertion. Ce n'est pas tant l'*autonomie-indépendance* qui est ici prise en compte, que l'*autonomie-responsabilité* qui caractérise les capacités du candidat-patient à adopter une attitude réflexive et responsable vis-à-vis de sa situation. Cette première évaluation prend la forme d'une réunion d'équipe avec seulement une partie des professionnels des unités (voir *supra,* II.). Le ou la criminologue de l'équipe est généralement en charge de « raconter » la candidature aux collègues présents, sur la base des éléments joints au dossier. À ce stade, l'évaluation recouvre une dimension essentiellement prospective, en ceci qu'elle est tournée vers l'avenir du candidat-patient dans l'unité, à condition que ce dernier y soit admis. Ensemble, les professionnels s'appuient sur les éléments objectifs du dossier, les critères relatifs à la situation du candidat-patient, afin d'anticiper le travail qu'il sera potentiellement possible d'accomplir auprès du futur patient (voir le chapitre 5).

Un entretien de candidature est ensuite organisé. Le terrain entrepris dans le cadre de la thèse n'a pas permis d'observer la rencontre entre un binôme de professionnels et un candidat-patient à l'extérieur de l'UPML. Toutefois, il ressort des entretiens sociologiques que suite à l'entretien de candidature, un rapport circonstanciel est rédigé. Sur cette base, l'équipe est parfois déjà en mesure de prendre une décision quant à l'admission du patient. Dans le cas contraire, elle peut demander à la Chambre de protection sociale la possibilité de faire venir le candidat-patient pour une période d'essai à l'unité (voir *supra,* III.). Celle-ci est limitée dans le temps et sert d'observatoire du comportement de la personne concernée. Le déroulement de la période d'essai fait également l'objet de discussions lors d'autres réunions d'équipe, qui rassemblent, cette fois, la quasi-totalité des professionnels. Le recours, parfois répété, à une période d'essai,

ne permet pas toujours de rassurer les professionnels quant à la prise de décision. Si le dossier du candidat-patient peut paraitre convaincant à première vue, il n'est pas garanti qu'il convienne au cadre de l'intervention. Interroger l'évaluation sur observation, qui a lieu suite à une période d'essai, a permis d'approfondir une réflexion sur les différents modèles de soin à l'œuvre dans l'unité (déjà amorcée dans le chapitre 2) et qui, parfois entrent en concurrence : une logique plus ancienne de *guérison* semble devoir « faire avec » la logique *capacitaire*, qui a pris ses quartiers dans le champ de l'intervention psycho-médicosociale depuis les dernières décennies.

Malgré les ambitions de départ, le traitement des candidatures ne parvient pas toujours à lever le doute sur la pertinence des demandes d'admission. S'assurer que le candidature choisie est une bonne candidature est une tâche impossible. L'observation et l'analyse de deux étapes-clés du traitement des candidatures a permis non seulement d'examiner le contenu des évaluations, mais aussi de prendre la température du contexte social qui encadre les prises de décision, pointant deux tensions particulières. D'une part, le travail d'évaluation est mis sous pression en raison des politiques d'internement qui insistent sur l'impératif de vider les annexes psychiatriques de prison et, par conséquent, d'assurer un trajet de soins aussi dynamique que possible. D'autre part, la grande variété des disciplines et des expertises présentes au sein des unités attribue à la fois à chacun et chacune des tâches et un rôle bien précis, et encourage un travail d'équipe et ce, surtout quand il s'agit d'évaluer (ici, les candidatures). L'équipe soignante, qui n'est pas toujours partie-prenante des délibérations, assure un rôle crucial d'accueil des nouveaux patients (voir *supra*, IV.). À l'arrivée d'un nouveau patient s'ensuit tout un protocole d'admission, certes pas aussi contraignant que pouvait être l'entrée dans une institution totale décrite par Goffman (1968 [1961]), mais qui implique tout de même certaines formes de renoncement et de dépossession dans le chef du nouveau patient.

Si les différentes étapes du traitement des candidatures permettent aux professionnels de récolter différentes informations sur le candidat, elles consistent surtout à procéder à une série d'« approximations successives » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 81) car, au bout du compte et des échanges, les professionnels n'ont finalement pas d'autre choix que de « faire le pari » que la candidature est une bonne candidature. Le patient est admis sans que la part de certitude n'ait sensiblement augmenté. Les critères d'évaluation, formels ou actualisés au cours de la discussion, donnent parfois l'illusion qu'une solution définitive peut être rapidement trouvée. Et l'attitude pragmatique et *prudente* adoptée par les professionnels n'est pas propre au contexte

très précis et restreint de l'internement ; comme le dit Bertrand Ravon, « ambiguïté du diagnostic, incertitude de la bonne orientation, on voit cela partout » (2017, p. 44).

La grande confiance accordée aux évaluations antérieures, réalisées par d'autres professionnels, difficile à identifier mais généralement issues des lieux de placement, laisse à penser que les professionnels des UPML ne disposent pas d'une très grande marge de manœuvre dans l'évaluation des candidatures, ce qui les pousse parfois à admettre un patient dont l'attitude et le comportement ne répondent pas ou très peu aux critères d'évaluation. En tout cas, la situation d'internement et l'orientation de la prise en charge sont rarement remises en question. La tournure que peut prendre la libération à l'essai dépend beaucoup, en fait, de ce qui s'est passé précédemment.

Dans ce chapitre, j'ai décortiqué l'évaluation des candidatures « *in* », c'est-à-dire celles qui concernent l'entrée à l'UPML. J'ai analysé le contenu de ces évaluations, les dispositifs sur lesquels elles s'appuient et les enjeux qu'elles posent pour la pratique des professionnels. Dans le chapitre suivant, je me penche sur l'évaluation de l'évolution du patient pendant l'hospitalisation et sur les candidatures « *out* », celles qui concernent les projets de réinsertion des patients dans l'optique d'une sortie des UPML. La catégorie « autonomie » apparait déjà comme un critère d'admission au moment de la demande de séjour : on verra qu'elle est également considérée comme le principal critère de la pertinence d'une sortie.

CHAPITRE 4

MESURER LA RÉINSÉRABILITÉ DES PATIENTS INTERNÉS : L'ÉVALUATION DES PROJETS DE SORTIE

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Hugo, psychologue :

« On s'inscrit dans un continuum de soins. On ne peut pas tenir, on doit passer la main. On est une unité hospitalière ici, pas une communauté thérapeutique. Là, on a dépassé le temps qu'on peut prendre par patient, on n'est pas dans du *long stay*, désolé. »

Nathan, psychologue :

« On est à peine à la phase de mise au travail, ça veut dire que statistiquement on en a encore pour un an avec lui [un patient de l'unité A]. »

Aline, criminologue :

« On n'a pas touché à sa médication pendant longtemps aussi. »

Nathan, psychologue :

« Et le transférer vers [une autre unité de l'hôpital] ? C'est plus ouvert, cela va stimuler son autonomie. »

(JT, unité A, 2 juillet 2021)

Quand Hugo insiste sur le fait que lui et ses collègues ont « dépassé le temps qu'[ils peuvent] prendre par patient » et qu'ici, à l'unité, ce n'est pas « du *long stay* », il souligne un enjeu majeur de l'intervention des UPML : la libération à l'essai au sein d'une structure hospitalière n'a pas vocation à s'éterniser. En effet, le séjour en UPML ne peut pas, en principe, dépasser un an et demi. Il est donc impératif qu'après plusieurs mois passés à l'unité les patients qui y sont internés (s')en sortent afin de pouvoir se réinsérer. Or, l'enjeu est de taille : il s'agit de laisser sortir une personne sans prendre le risque qu'elle ne commette à nouveau un acte infractionnel. Dès lors, la sortie n'est envisageable que pour un certain type de patient, à savoir celui qui est jugé suffisamment autonome par les professionnels et qui est capable de concrétiser un projet de sortie « sans danger ». S'assurer que le patient est prêt pour sortir de l'hôpital nécessite un travail d'évaluation continu de ses capacités à se réinsérer socialement. Que signifie être autonome sur le terrain de l'internement ? Quels sont les critères du « bon » projet de sortie ? Comment les professionnels évaluent-ils la « réinsérabilité » du patient interné et quels moyens se donnent-ils pour y parvenir ? Le quatrième chapitre prend, comme objet d'analyse, non plus l'évaluation du *candidat-patient* qui désire entrer à l'unité, mais, cette fois, l'évaluation du *patient-candidat* pour un projet de vie en dehors de l'unité.

J'entame le chapitre par l'analyse des critères du « bon » patient interné, c'est-à-dire du patient réinsérable et suffisamment autonome. Selon les usages qu'en font les acteurs de terrain, l'autonomie revêt trois acceptions pratiques, déjà esquissées dans le chapitre précédent, et est

indissociable des notions de risque et de dangerosité, très présentes dans le jargon de l'internement. Autonomie et risque 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 (I.). Ensuite, je dresse les contours du contexte dans lequel prend place l'évaluation des critères d'autonomie. À l'instar de l'évaluation des candidatures des candidat-patients (chapitre 3), les professionnels font preuve de *prudence* afin d'apprécier les situations des patients qui séjournent à l'UPML dans la perspective d'une sortie prochaine. Comme dans le chapitre précédent, la notion de prudence fait référence au travail de délibération qui structure la pratique des professionnels des UPML ; pratique qu'on peut qualifier de *prudentielle* (Champy, 2012), car l'autonomie des professionnels de ces unités est fragilisée, voire menacée. Pour avancer dans un contexte incertain dû à la complexité et à la singularité des situations qu'elle traite, l'équipe n'a parfois pas d'autre choix que de se hasarder à faire des paris. Le travail prudentiel est toutefois mis à l'épreuve par la temporalité limitée de l'évaluation et la relative autonomie dont bénéficient les professionnels : les décisions concernant les trajectoires des patients incombent à l'instance pénale qui encadre la mesure d'internement (la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines) (II.). Enfin, je montre que dans certaines UPML, on observe le recours à des outils d'évaluation formalisés et standardisés, dans le but de réduire l'incertitude liée à l'évaluation de l'autonomie et des risques que présente un patient interné. J'analyse la place de ces outils, appelés les « échelles de risque », et ce qu'ils font à la pratique professionnelle (III.).

Le matériau utilisé pour ce chapitre provient des données récoltées lors des observations des réunions cliniques et des entretiens. L'intérêt porte sur les références à l'autonomie directement basées sur les usages qu'en font les professionnels et sur les discours des professionnels en situation. Dans ce chapitre, les instruments d'évaluation dont il est question sont pris comme des dispositifs d'analyse, c'est-à-dire que je regarde comment les professionnels les mobilisent, quand et pour quelles raisons, plutôt que de les examiner comme des objets d'analyse en soi, ce qui reviendrait à faire une sociologie des instruments, qui n'est pas la démarche entreprise dans la thèse. Aussi, à l'instar du chapitre précédent, l'analyse se focalise sur le travail des UPML. Je fais néanmoins parfois référence à la pratique de l'équipe mobile TSI pour mettre en exergue l'un ou l'autre point.

I. L'évaluation de l'autonomie : un projet « sans risque » comme critère d'évaluation de la pertinence d'une sortie

> Lors d'une réunion clinique à l'unité A est discutée la situation de Monsieur Gabriel[139], un patient libéré à l'essai, ainsi que son projet de sortie (aller vivre quelque temps dans une initiative d'habitation protégée). Éléonore, ergothérapeute, intervient dans l'échange et explique à ses collègues que Monsieur s'est inscrit à l'activité cuisine de l'unité, mais qu'il faudra « évaluer son autonomie » car « apparemment [cuisiner], c'est assez difficile pour lui ». Elle poursuit : « Monsieur prenait peu d'initiatives [à l'atelier cuisine]. Il ne savait pas quoi faire devant des choses basiques. Il est assez angoissé devant les difficultés, il ne sait pas demander de l'aide. Il n'est pas incapable mais bon… Il n'a jamais cuisiné seul, il donne bien le change. »
>
> *(JT, unité A, 25 juin 2021)*

Si Monsieur Gabriel n'est pas jugé totalement « incapable » par les professionnels, ceux-ci soulignent tout de même les difficultés que le patient éprouve lors de l'atelier cuisine et le fait qu'il ne soit pas en mesure de « demander de l'aide » face à un problème. Aux yeux de l'équipe, Monsieur Gabriel ne semble pas encore *suffisamment* autonome. Or, étant à l'unité depuis plusieurs mois, et selon la temporalité établie par les professionnels, il est temps pour lui de préparer concrètement sa sortie et de consolider son projet de réinsertion. Celui-ci prend la forme d'une candidature pour un lieu de vie au sein duquel il pourra poursuivre sa libération à l'essai dans un cadre non-hospitalier et communautaire. Dans ce cas-ci, et comme pour beaucoup de patients internés à l'UPML, il s'agit d'une Initiative d'Habitation Protégée (IHP).

D'après Hugo, psychologue, l'équipe de l'IHP « avait l'air charmée par son profil ». La concrétisation du projet est donc en bonne voie. Afin de s'assurer que Monsieur Gabriel est un patient-candidat idéal pour l'IHP, il est nécessaire d'« évaluer son autonomie » tout au long de son séjour à l'unité. En quoi consiste cette évaluation ? Et que signifie concrètement être autonome dans ce contexte ? À l'instar de l'évaluation des candidatures, l'évaluation continue des patients des unités médico-légales et de leurs projets de sortie est délibérative et incertaine, caractéristique des pratiques à forte portée prudentielle (1.). Quand les professionnels mobilisent la notion d'autonomie, ils se réfèrent à au moins trois référentiels différents, déjà introduits dans le chapitre précédent (2.).

[139] *Gabriel* est le nom de famille anonymisé du patient.

1. Une évaluation essentiellement délibérative

Si la durée des séjours à l'UPML diffère pour chaque patient, en fonction de ses progrès et de son projet de sortie, elle ne peut pas s'éterniser. Les professionnels organisent l'hospitalisation autour de phases qui correspondent à des étapes cruciales du séjour, nécessaires pour l'évolution du patient mais aussi pour son évaluation (A.). À cette fin, les professionnels se réunissent très régulièrement pour convenir, ensemble, des prochaines étapes à mettre en place (B.).

A. L'organisation et la division temporelle du séjour, un dispositif d'évaluation en soi

L'hospitalisation en UPML est divisée en plusieurs phases, dont la durée est élaborée par les professionnels eux-mêmes. Au fur et à mesure du séjour d'un patient à l'unité, les professionnels se réfèrent aux phases comme une balise temporelle, afin d'évaluer si un passage à la phase suivante est possible. Le patient interné est, en théorie, censé passer un nombre minimal de semaines ou de mois dans une certaine phase avant de pouvoir passer à la suivante. En moyenne, le passage par ce type d'unité dure 18 mois[140]. L'organisation du séjour en phases – qui se résument généralement en une phase d'accueil, suivi d'une phase d'activation et puis d'une phase de préparation de la sortie (voir le chapitre 2) – permet non seulement de rappeler aux professionnels la temporalité limitée de l'hospitalisation mais aussi de rendre celle-ci plus dynamique pour les patients. Plus qu'un simple instrument de repère pour l'équipe, la division en phases est également pensée pour les patients.

Par exemple, à l'unité B, au moment de l'enquête, les professionnels discutent de la mise sur pied d'un outil, que j'appelle par souci d'anonymisation le « cahier d'hospitalisation », qui doit permettre au patient de pouvoir lui-même évaluer où il en est dans son séjour, ses progrès et s'il a rempli les objectifs attendus[141]. Les phases successives du séjour, qui sont déterminées à l'avance, indiquent qu'une sortie de l'unité est possible et même requise. La sortie est d'ailleurs déjà évoquée par l'équipe dès l'arrivée du patient dans les murs de l'unité, et parfois au moment de l'évaluation des candidatures, comme je l'ai montré dans le chapitre précédent.

Le passage d'une phase à l'autre est conditionné aux capacités d'autonomie du patient. L'autonomie, critère de la pertinence des progrès du patient pendant son séjour à l'unité, mais

[140] Dans la vague des nouvelles UPML en cours de construction, un consensus émerge parmi les professionnels sur la possibilité de raccourcir la durée des séjours d'au moins un tiers, soit qu'ils s'étalent plutôt sur 9 voire 12 mois.
[141] J'attache une attention plus grande à ce cahier dans le chapitre 6.

aussi de la pertinence d'une sortie définitive de celle-ci, fait sans cesse l'objet d'une évaluation par l'équipe. Dans l'extrait cité en introduction de ce point, l'ergothérapeute souligne que Monsieur Gabriel « donne bien le change ». L'objectif de l'évaluation continue consiste précisément à dépasser les « façades d'autonomie » que les professionnels soupçonnent chez certains patients. Selon les critères des professionnels, l'autonomie correspond à quelque chose de précis et revêt des dimensions particulières ; si certains patients donnent l'impression d'être autonomes, cela ne correspond pas forcément aux attentes de l'équipe (voir *infra,* point 2.).

Dès les premières semaines à l'unité, on s'aperçoit qu'une multitude d'activités sont organisées pour les patients, qui sont obligés d'y prendre part (voir le chapitre 2). Couvrant différents aspects de la vie quotidienne (la cuisine, l'hygiène de vie, les loisirs, le sport, *etc*.), ces activités n'ont pas été pensées uniquement pour occuper le patient et remplir les longues journées d'hospitalisation, ni dans le seul but de lui apprendre de nouvelles techniques ou compétences (gérer ses émotions, s'alimenter correctement, faire son linge, *etc*.). Sorte de dispositif d'évaluation, fondées sur l'observation du patient en situation, les activités servent avant tout au projet de réinsertion et permettent aux professionnels de se faire une idée des capacités du patient et de son évolution. La façon dont un patient se débrouille à l'activité cuisine (est-il capable d'acheter les bons ingrédients ? Est-il en mesure de suivre une recette ?) ou à l'atelier *wasserette* (est-il capable de faire fonctionner la machine à laver et de laver ses vêtements régulièrement ?) révèle des choses sur ses capacités d'autonomie. Il en va de même pour les « congés thérapeutiques » dont peuvent bénéficier les patients (quelques jours de retour à la maison). Lors d'une remise de service entre deux *shifts* de l'équipe soignante, l'infirmière qui fait le point rappelle à ses collègues que « l'appellation "congé thérapeutique" est trompeuse » et qu'il est impératif de « bien rappeler au patient que ce ne sont pas des vacances, ça doit être en lien avec le projet » *(JT, unité B, 25 octobre 2021)*.

B. Observer, délibérer, laisser des traces, *repeat*.

L'évaluation à l'UPML est essentiellement *clinique,* au sens premier du terme : elle se base sur l'observation du patient « à son chevet », c'est-à-dire au plus près de son quotidien à l'intérieur des murs de l'hôpital (Ogien 2015, p. 27). De façon continue, tout au long du séjour, rythmé par les différentes phases, les avancées du patient sont soumises à l'appréciation des professionnels. Les situations sont singulières et complexes, ce qui fait peser sur le travail une grande incertitude, car l'issue qu'elles peuvent prendre n'est jamais déterminée à l'avance. L'analyse du traitement des candidatures a mis en avant que le travail des UPML est

foncièrement prudentiel, en ceci qu'il consiste en « un mode de connaissance et d'action requis dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une grande incertitude […] ce concept désigne enfin les dispositions et les aptitudes requises pour appréhender ces situations dans lesquelles l'application mécanique de règles abstraites, de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines peut conduire à des erreurs. […] La prudence a une forte dimension délibérative, et les délibérations sont susceptibles d'englober les finalités mêmes de l'activité » (Champy, 2015, *cité dans Collectif Métis,* 2019, p. 91).

L'évaluation du patient en situation laisse des traces, en ceci qu'elle est condensée et rapportée par écrit dans le dossier informatisé du patient ainsi que dans les notes personnelles des intervenants. Sur cette base, les professionnels, lors d'échanges informels ou plus formels (en réunion d'équipe) avec leurs collègues, rendent compte à l'oral des progrès du patient et de ce qui reste à travailler afin qu'il réponde aux conditions du statut de « patient réinsérable ». La dernière partie de la thèse s'intéressant à ce travail d'intervention, je m'en tiens ici au travail d'évaluation de l'évolution du patient, c'est-à-dire à la façon dont les professionnels jugent de sa réinsérabilité.

Comme dans beaucoup d'autres contextes de santé mentale ou d'intervention auprès d'autrui, la part subjective de l'évaluation clinique pousse les professionnels à partager leurs ressentis face à une situation : « les diagnostics effectués autour des situations inextricables et évolutives ne sont jamais à l'abri du risque d'un jugement "subjectif ", "partial ", voire "arbitraire ". De ce fait, ces pratiques deviennent discutables, au sens où elles méritent d'être discutées. » (Collectif Métis, 2019, p. 90). Le compte-rendu des évaluations se jouent à différents niveaux selon l'objet et l'objectif de la réunion : du rapide échange en salle entre deux professionnels jusqu'à la grande salle de réunion qui rassemble toute l'équipe ou seulement une partie de celle-ci, en passant par la remise de service de l'équipe soignante[142]. Il est rare qu'aucune réunion ne soit au programme d'une journée à l'unité. Et si ces instances délibératives sont, pour la plupart, officielles et formalisées, d'autres moments informels de discussion surgissent très souvent pendant la journée, lors desquels les professionnels, toutes disciplines confondues, se retrouvent dans l'embrasure d'une porte, à l'espace « fumoir » ou autour de la machine à café, afin d'échanger sur la situation compliquée d'un patient, un différend avec un collègue ou les dernières aventures du week-end.

[142] Pour l'inventaire des différents types de réunion à l'UPML, voy. le chapitre 2, point III., 1., C.

A contrario, à l'équipe mobile TSI, une seule réunion structure la semaine. La réunion clinique hebdomadaire (ou « *staff* clinique ») tient un rôle majeur en ce qu'elle agit comme unique instance de rencontre pour l'équipe. Autour d'une table, les professionnels se retrouvent pour échanger sur les interventions passées des différents binômes, des potentiels nouveaux suivis ou encore de certains enjeux d'ordre institutionnel ou organisationnel liés au fonctionnement de l'équipe. Il s'agit, en somme, d'une réunion « tout en un ». L'équipe est également amenée à participer aux concertations, qui s'organisent généralement dans le lieu de vie du patient interné concerné (EDS, UPML, IHP, *etc*.).

Dans le cas des UPML, je me concentre sur les réunions cliniques car elles sont, en quelque sorte, l'aboutissement final de l'évaluation clinique. En effet, ce qui se passe lors des autres moments de mise en commun, en termes de contenu, est répété lors des réunions cliniques. Celles-ci sont constitutives de l'intervention (Champy, 2012) et permettent aux professionnels de se mettre à distance du quotidien (de L'Estoile, 2015). Ces moments d'évaluation *précèdent* l'intervention quand il s'agit d'évaluer des candidatures extérieures (« in ») (définir le bon candidat-patient ; voir le chapitre 3) et la *suivent*, quand il s'agit d'évaluer et de rendre compte de l'évolution d'un patient et de son (futur) projet de réinsertion, ou d'un problème survenu dans l'unité (qu'a-t-on fait pour le résoudre et, le cas échéant, que pourrait-on faire autrement dans le futur ?) (Champy, 2012). L'objectif est de mettre l'équipe au courant des évolutions des différents patients ; certains professionnels rapportent ce qu'ils ont vu et entendu, d'autres écoutent et demandent des nouvelles (Ogien 1987, p. 66). Tout le monde est libre de participer à la réunion, même les stagiaires sont encouragés à y prendre part. La disposition du local prévu à cet effet encourage une participation active de tous : les tables sont même souvent disposées en « u ». Dans un même lieu et selon une temporalité déterminée, sont rassemblés des experts et leurs expertises, avec des idées semblables ou divergentes. Les seules personnes à ne pas pouvoir participer à la réunion sont celles sur qui portent la majorité des échanges : les patients. L'architecture des unités pose parfois des défis à l'équipe, qui veille à ce que les échanges restent confidentiels. Par exemple, en période de Covid19 ou de forte chaleur, les professionnels scrutent souvent la fenêtre ouverte, dans la crainte d'un patient qui écouterait en cachette. Les instances de délibération servent en effet de soupapes aux professionnels qui se donnent le droit de parler plus librement, voire de blaguer sur certaines situations compliquées. Une fois par semaine, les deux heures de réunion peuvent servir de « bulle » pour souffler. Pour ma part, je me positionnais généralement à l'extérieur du « u » et des tables principales, ce qu'un psychiatre avait judicieusement appelé « la position méta ».

Lors de ces moments de mise en commun se crée quelque chose, une décision, une alliance, un désaccord. Les réunions sont des instances de « performation de l'équipe », pas simplement dans le sens où celle-ci est représentée, mais aussi (re)créée et réalisée (Ravon, 2012, p. 97). Pendant les délibérations, l'équipe obtient une vue d'ensemble sur chacune des situations, qui paraissent parfois « ingérables » ou difficilement conciliables entre elles, ce qui lui permet de perpétuellement réévaluer son cadre de travail et d'en apprécier la portée éthique. Ensemble, les professionnels échangent, se mettent d'accord ou expriment, au contraire, un désaccord, dans l'optique de prendre une décision, ce qui suppose « l'exercice collectif d'une réflexivité critique » (Ravon, 2012, p. 100). On verra dans un instant quelle est la latitude laissée aux professionnels pour évaluer prudemment. Avant cela, j'examine de plus près l'objet de l'évaluation.

2. Les référentiels de l'autonomie dans le contexte de l'internement : le primat de la responsabilité morale et du « bon » comportement

> Lors d'une réunion clinique hebdomadaire, l'équipe aborde la situation de Monsieur Dekraan, un patient interné à l'unité B, arrivé il y a peu.
>
> Vincent, *psychiatre* :
> « Je ne l'ai jamais rencontré, ce sera une première rencontre. »
>
> Camille, *infirmière* :
> « Il est très discret. Il n'est pas très proactif, pas demandeur. »
>
> Jeanne, *infirmière* :
> « Il a demandé pour [une activité ludique] mais ça ne commence qu'en septembre. »
>
> Valérie, *assistante sociale* :
> « Il voudrait aller voir sa grand-mère, il est domicilié là-bas. J'ai proposé un premier contact avec l'assistante de justice ici. »
>
> L'échange se poursuit, plusieurs professionnels font rapidement mention de certaines des caractéristiques de ce patient. Je les rassemble ici : « il éprouve des difficultés à parler des faits » ; « il n'y a pas de consommation » ; « deux enfants avec deux mamans différentes » ; « il a l'air un peu limité » ; « il n'est pas clair au niveau de l'âge et des prénoms de ses enfants, c'est étonnant ». J'apprends que le projet du patient est « de retourner chez sa sœur avec qui il n'a plus de contact », ce qui fait sourire l'équipe.
>
> *(JT, unité B, 28 juin 2021)*

Monsieur Dekraan est un nouveau patient de l'unité. Arrivé il y a peu, il est à l'ordre du jour de la réunion clinique lors de laquelle les professionnels prennent la température de la situation. Avec prudence, ils partagent des informations qu'ils possèdent sur le patient, basées sur leur

premiers échanges avec celui-ci. Si le patient ne fait pas de vague, il n'est cependant pas très demandeur, ni enthousiaste à l'idée de participer à la vie quotidienne de l'unité. Il ne parle pas des faits infractionnels qui l'ont conduit à l'internement et projette déjà de sortir de l'unité pour aller vivre avec sa sœur avec qui il ne semble pas avoir de relation. Le projet n'est d'ailleurs pas pris au sérieux par l'équipe. La situation de Monsieur Dekraan est évaluée plutôt négativement par les professionnels qui, sur la base des éléments énoncés, se donnent une ligne de travail à adopter pour ce patient afin d'atteindre un objectif : le rendre suffisamment autonome et l'aider à concrétiser un projet réaliste et sans risques.

Je cherche à comprendre ce que recouvre la notion d'autonomie pour les professionnels. Il ne s'agit pas de produire une nouvelle définition abstraite du concept, mais de l'analyser tel qu'il est mobilisé par les acteurs de terrain dans le cours de l'action : l'autonomie *en actes*. La démarche entreprise ici, qui emprunte à la pensée de Ludwig Wittgenstein, permet de prendre au sérieux la notion d'autonomie et de la rattacher à ses usages concrets afin de saisir la façon dont les professionnels l'utilisent et quel sens ils lui donnent en pratique (Wittgenstein, 2014, §132 ; Marquis, 2019, p. 8). Sur la base du matériau récolté, on peut catégoriser l'autonomie dans le contexte de l'internement selon trois référentiels ou trois acceptions pratiques, dont j'ai déjà esquissé les contours dans le chapitre précédent : l'autonomie-indépendance, l'autonomie-socialisation et l'autonomie-responsabilité. La combinaison de ces trois référentiels, 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, est plus à même de se réinsérer. Dans ce contexte particulier, où champ pénal et santé mentale sont constamment entremêlés, l'attention donnée à la dimension morale et pénale (l'autonomie-responsabilité) est particulièrement saillante. On l'a vu, au moment de l'examen des candidatures, l'attitude morale du candidat vis-à-vis de sa situation joue déjà un rôle prépondérant. L'évaluation continue durant le séjour tend à le confirmer. De fait, plus le patient est jugé *suffisamment autonome* par l'équipe, plus il est considéré comme capable d'envisager un projet de vie, qui prend généralement la forme d'un logement et d'une occupation journalière. Et ce projet doit répondre à des attentes morales précises afin de prévenir une rechute infractionnelle. En outre, à côté d'une dimension morale, importée par le pénal, l'autonomie se traduit également en des termes comportementaux.

A. « Être acteur de sa gestion quotidienne » : l'autonomie-indépendance

Si la capacité du patient à pouvoir se débrouiller seul au quotidien n'est pas un critère central lors du traitement des candidatures (voir le chapitre 3), il devient prépondérant pendant le séjour à l'unité. Cet aspect sera d'ailleurs intensément travaillé par les professionnels (voir les chapitres suivants). L'extrait ci-dessous relate un bref échange lors d'une réunion d'équipe de l'unité A, entre Guillaume, psychiatre, et Éléonore, ergothérapeute. Ils discutent de la situation de Monsieur Desmet, un patient interné d'une quarantaine d'années. Le psychiatre rappelle à l'équipe qu'il faut « amener des choses concrètes » par rapport au quotidien du patient, que celui-ci puisse être « un candidat plus sexy par rapport aux aspects de la vie quotidienne » en vue de la concrétisation d'un projet de sortie vers une habitation protégée (IHP) (voir le chapitre 5). Le psychiatre cite quelques exemples comme la « capacité à se faire à manger, à faire son linge » avant d'interroger sa collègue :

> *Guillaume, psychiatre* :
> « …et au niveau de la vie quotidienne ? On en est où par rapport à ça ? ».
>
> *Éléonore, ergothérapeute* :
> « Eh bien, il se débrouille bien à l'atelier cuisine. Pour la wasserette[6], je ne suis allée qu'une fois car il met tout le temps les mêmes vêtements mais clairement, il a les capacités pour faire son linge. »
>
> *Guillaume, psychiatre* :
> « Et les vêtements ? »
>
> *Éléonore, ergothérapeute* :
> « Il avait acheté des baskets trop petites, il les a revendues mais bon, il est assez limité niveau fringues et niveau hygiène. Ses pieds sont vraiment dégoutants. »
>
> *(JT, unité A, 4 juin 2021)*

Quand les professionnels évoquent l'autonomie du patient, ils se réfèrent en partie à la capacité du patient à fonctionner par lui-même, ce que j'ai catégorisé comme étant l'autonomie-indépendance. Il est attendu que le patient soit « acteur de sa gestion quotidienne ». Très concrètement, cela couvre l'usage d'un réveil pour se lever le matin, la capacité du patient à se faire à manger ou encore la gestion de son hygiène personnelle et de son argent de poche. Ce référentiel concerne aussi les capacités de planification et d'anticipation. Le patient doit pouvoir gérer seul un agenda, quitter et rentrer à temps à l'unité, ce qui revient à estimer qu'il y aura peut-être des embouteillages aux heures de pointe. Il doit aussi être en mesure de prendre les bons transports publics et de suivre l'itinéraire prévu. Enfin, le patient interné idéal doit être (pro)actif. La prise d'initiative est très valorisée ; les choses qu'il entreprend doivent émaner de lui-même. Par exemple, trouver un bénévolat ou une formation dans la perspective de son projet

de sortie, mais cela peut également concerner des aspects plus triviaux, comme aller de son plein gré chez le coiffeur. C'est important que le patient « se bouge », au sens figuré (dévoiler une part active de lui-même) comme au sens propre (se déplacer spontanément pour une activité).

B. Celui « qui fait des blagues est dans le lien » : l'autonomie-socialisation

Éléonore, ergothérapeute revient d'une sortie à l'extérieur avec Marie, infirmière : elles ont organisé une après-midi « jeu » dans un parc non loin de l'unité A. Toutes deux s'installent devant l'ordinateur dans le bureau des soignants et s'apprêtent à inscrire dans le logiciel un bref compte-rendu de l'activité. Elles se concentrent en particulier sur un patient de l'unité, arrivé il y a quelques semaines. J'observe la scène. Éléonore lit à voix haute ce qu'elle note au fur et à mesure. L'extrait ci-dessous montre qu'à côté d'une autonomie centrée sur les capacités individuelles du patient à agir seul, on attend également de celui-ci qu'il soit suffisamment autonome dans sa relation avec les autres.

> Éléonore, *ergothérapeute* :
> « Il était dans le contact hein ? Il parlait des sports qu'il pratiquait. » (Elle lit à haute voix ce qu'elle écrit à l'ordinateur) « Il exprime qu'il serait partant pour reprendre du sport. »
>
> Marie, *infirmière* :
> « Oui je trouve aussi, c'est vraiment chouette ! »
>
> Éléonore, *ergothérapeute* :
> « Il pourrait s'entrainer un peu avec Benoit [kinésithérapeute]. »
>
> Marie, *infirmière* :
> « Il était très spontané, c'est cool. »
>
> Éléonore, *ergothérapeute* :
> « Il a même parlé brièvement de ses enfants quand on a vu une maman avec son bébé. Je ne me souviens même plus des faits qu'il a commis ? […] On peut mettre "attentif" et "empathique" ? »
>
> Marie, *infirmière* :
> « Oui tout à fait ! »
>
> Éléonore, *ergothérapeute* :
> « Lui, il est vraiment chouette. "Attentif au groupe", il suit les discussions, il est capable d'anticiper, il a amené un jeu de cartes. […] Il a fait preuve d'humour. »
>
> *(JT, unité A, 8 septembre 2021)*

« Attentif au groupe », « empathique » et capable de faire des blagues : un autre référentiel de l'autonomie dans le contexte de l'internement vise la capacité du patient à bien fonctionner en

présence des autres et à être « en lien » avec autrui. L'ambition de la libération à l'essai est de réinsérer *socialement* les personnes internées. C'est pourquoi il est primordial pour les professionnels en charge d'évaluer le patient pendant cette période probatoire que celui-ci fasse preuve de capacités relationnelles suffisantes. On l'a vu, les activités mises en place pendant le séjour jouent un rôle de dispositif d'aide à l'évaluation de l'*autonomie,* qui revêt également une dimension sociale forte. En réunion clinique, quand les professionnels font état de l'attitude d'un patient lors d'une activité, ils mobilisent essentiellement le référentiel de l'*autonomie-socialisation*.

Le « bon » patient interné libéré à l'essai est donc aussi celui qui entretient de bonnes relations avec les autres : les patients de l'unité avec qui il est amené à cohabiter, voire même à partager une chambre et une salle de bain, et les professionnels qui attendent de lui un certain niveau de politesse et de cordialité. Le patient doit apprendre à jouer avec les autres (sans tricher) et à cuisiner pour eux (sans trop saler), mais il doit aussi s'adresser convenablement aux intervenants. Il est donc attendu que le patient soit capable de se mettre à la place des autres et fasse, en somme, preuve d'empathie. Des réunions communautaires, qui sont organisées à raison d'une fois par semaine par l'équipe, invitent les patients à faire collectif ensemble, à discuter des événements de la semaine et à proposer des pistes d'amélioration pour leur vie à l'unité.

Toutefois, la relation à l'autre doit être suffisamment bien dosée, puisqu'il est aussi attendu que le patient puisse se débrouiller seul (voir *supra*). Le patient interné idéal demande de l'aide si nécessaire, mais sans jamais exagérer. Le lien de dépendance qui le lie aux autres est toléré pourvu qu'il soit circonstanciel et limité dans le temps. Un patient « trop demandeur » va alerter l'équipe. Parlant d'un patient, Guillaume, psychiatre à l'unité A, se réjouit de constater chez ce dernier, « des signes d'autonomie » et qu'« il a pris conscience de chercher un tiers pendant cette situation et pas que sa mère » ; à l'inverse, Marc, psychiatre à l'unité B, évalue les progrès du patient à la lumière de sa capacité à ne plus faire appel à lui : « je pensais qu'il allait mieux car il ne m'interpelle plus ». On peut inférer le même raisonnement aux proches du patient. Si le rôle et l'expérience de la famille des personne internées n'est pas l'objet de la thèse, les observations ont néanmoins mis en avant que l'équipe entretient un rapport ambivalent vis-à-vis de la famille du patient : cette dernière étant souvent considérée comme un allié pour la réinsertion du patient, elle est parfois perçue comme un obstacle à celle-ci (par exemple, dans le cas où ils sont liés à des faits de violence intrafamiliale). Il arrive aussi que la famille inclue

une ou plusieurs victime(s) des faits qui ont mené à l'internement. Selon le contexte singulier de la vie du patient, sa capacité à être en relation avec les autres *intra-muros* ou à l'extérieur de l'unité est évaluée différemment.

C. « Il est capable de se positionner, donc c'est cool » : l'autonomie-responsabilité

À partir du moment où un patient interné peut suffisamment fonctionner seul et avec les autres, il sera jugé par l'équipe comme à même de concrétiser un projet de réinsertion. 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 soin tout en maintenant une activité bénévole ou professionnelle sur le long terme. Le bon projet de sortie doit être réaliste et « suffisamment ambitieux », mais pas trop (Marquis, 2019, p. 265).

Pendant les observations des réunions cliniques, j'ai eu vent de toute une série de projets. Certains sont assez « classiques », en ceci qu'ils s'inscrivent dans la suite logique du TSI et valent pour beaucoup de patients : le lieu de vie étant généralement une MSP, une IHP, une communauté thérapeutique, un appartement supervisé ou le domicile privé avec un bénévolat ou un travail à la clé (aux Restos du cœur, chez les Petits Riens ou dans un refuge pour animaux). Les conditions légales de la libération à l'essai (voir le chapitre 1) encadrent les projets de sortie : par exemple, une interdiction de résider dans une certaine zone géographique, ou de vivre avec tel ou tel membre de la famille en raison des faits commis. Une fois que les conditions sont respectées, le patient peut en théorie imaginer n'importe quel type de projet de réinsertion.

En pratique, si l'on attend des patients qu'ils soient proactifs et créatifs, certains projets sont toutefois jugés inadaptés ou irréalisables, voire farfelus, par les professionnels. Monsieur Maputo, par exemple, libéré à l'essai à l'unité B, voudrait devenir diamantaire. L'idée est de l'ordre du « délire » selon les professionnels, qui considèrent que le projet est « fou ». Un autre patient exprime, quant à lui, le souhait de retourner vivre en famille alors qu'il a été interné pour une tentative de parricide. Il est également impératif que le projet prenne place à l'extérieur de l'unité. Il n'est pas question qu'un patient décide de rester à l'UPML sous prétexte qu'il s'y sent bien, ni même de retourner dans un précédent lieu d'internement, comme par exemple un établissement de défense sociale ou à l'annexe psychiatrique d'une prison : « à l'annexe, moi j'ai trouvé ça chouette, y avait les potes ! », me confie un patient, sur un ton presque nostalgique.

S’assurer que le patient interné développe suffisamment son potentiel d’« autonomie » et envisage un projet cohérent permet de « sécuriser le présent » du patient (Marquis, 2019, p. 265). Cependant, les professionnels doivent aussi (se) rassurer quant au risque de violence ou le risque d’un nouveau passage à l’acte dans le futur, comme le montre l’extrait ci-dessous.

Noémie, *assistante sociale* :
« Il a refusé de faire la candi [pour son projet de sortie]. »

Vincent, *psychiatre* :
« Il veut se rapprocher de [une ville en Belgique francophone] ? »

Noémie, *assistante sociale* :
« Ca me semblait être un projet réfléchi. »

Philippe, *aide-soignant* :
« Il me disait qu'il ne voulait pas aller là-bas, il est ambivalent. Ce n'est pas tant [une ville en Belgique francophone] son problème, c'est d'être confronté à la réalité... »

Vincent, *psychiatre* :
« C'est difficile pour moi de dire s'il est violent. »

Philippe, *aide-soignant* :
« Son ex-copine sort avec son frère, s'il les rencontre ça pourrait mal tourner. »

(JT, unité B, 12 juillet 2021)

Un patient est considéré comme suffisamment autonome s’il ne présente plus ou très peu de risque pour lui-même et pour autrui, tout comme son projet qui sera jugé réaliste et réalisable dans la mesure où il est sans danger. En réalité, les indices qui permettent d’évaluer la présence ou non d’un risque de violence ou de récidive chez le patient ne sont pas évidents. Définir si le patient présente un peu, beaucoup ou, au contraire, pas du tout de risque pour lui-même et pour les autres est une opération qui dépend surtout d’un ensemble d’aspects triviaux qui se répètent au quotidien (le fait de cuisiner avec suffisamment d’épices, par exemple). Je reviens sur la place qu’occupe le risque de récidive dans l’évaluation des professionnels en UPML, ce qui me permet d’aborder le troisième référentiel : l’autonomie-responsabilité.

Lors d’une autre réunion clinique, le psychiatre demande à l’équipe ce qu’il en est de la situation actuelle de Monsieur H., un patient libéré à l’essai à l’unité depuis plusieurs mois.

Guillaume, *psychiatre* :
« Monsieur H. ? »

Nora, *criminologue* :

« Au niveau de la question financière, Monsieur a beaucoup de dettes. Comment peut-on réfléchir à un projet de sortie ? La juge de paix a désigné un médiateur de dettes, l'audience est prévue en septembre pour voir l'évolution. »

Guillaume, *psychiatre* :

« Quelle est son attitude par rapport à ça ? »

Barbara, *psychologue* :

« Il est preneur »

Éléonore, *ergothérapeute* :

« Oui et s'il ne veut pas quelque chose, il est capable de se positionner, donc c'est cool »

(JT, unité A, 21 mai 2021)

Un « bon » patient interné accepte l'intervention et partage la même lecture de la situation que les professionnels. Dans le cas ci-dessus, le patient trouve que la solution proposée par les professionnels (désigner un médiateur de dette) est une bonne chose pour lui. Ce qui est attendu n'est donc pas tant qu'il ne bénéficie plus d'une aide extérieure pour gérer son argent mais qu'il reconnaisse qu'il ne sait pas tout à fait gérer lui-même, et que l'intervention des professionnels est la meilleure solution pour lui. On observe le même type d'attente dans la pratique de l'équipe mobile TSI. Lors d'une concertation que j'observe, à l'occasion de laquelle est discutée la situation de Monsieur Lithe, un patient sous mesure d'internement depuis une trentaine d'années et que l'équipe mobile TSI accompagne depuis plusieurs mois, les professionnels autour de la table saluent la demande du patient de vouloir poursuivre sa libération à l'essai au sein d'une IHP dans laquelle il réside déjà. Ceci implique de postposer la demande de libération définitive, ce qui, selon les intervenants, permet au patient de rester « encadré » plus longtemps.

Gaëlle*, ergothérapeute de l'IHP, s'adressant à Monsieur Lithe* :

« Le fait que tu demandes une libération à l'essai prolongée, ça montre une clairvoyance, c'est très mature, responsable de ta part, tu en es conscient donc c'est un très bon départ ».

Eva*, psychologue à l'équipe mobile TSI* :

« Oui, vous savez, on travaille avec beaucoup de patients qui veulent tout de suite une libération définitive mais alors il y a des rechutes… donc oui, c'est très responsable de votre part ».

L'assistante de justice :

« Vous n'êtes plus un taulard, vous êtes quelqu'un de la société ».

Gaëlle*, ergothérapeute l'IHP* :

« Tu es un citoyen responsable ».

(JT, équipe mobile TSI, 27 octobre 2020)

Dans le traitement des candidatures des UPML, l'attitude morale et réflexive du candidat-patient, que j'ai catégorisée sous le référentiel de l'autonomie-responsabilité, apparaissait comme l'un des critères d'évaluation les plus importants. Sans surprise, une fois admis dans les murs de l'unité, l'idéal du patient *responsable* refait surface. Les observations des réunions permettent d'élargir 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 reconnaitre (voir le chapitre 3), il doit également prouver qu'il ne va plus commettre d'actes de violence. Dès lors, il respecte les règles de l'unité, il ne consomme pas de substances considérées illicites selon le règlement interne (alcool et drogue), il est capable de présenter ses excuses et de reconnaitre ses torts, il ne se place pas dans une position de victime ni de « plaignant » et ne rejette pas la faute sur les autres (pas de « locus externe »). Le patient idéal est également capable d'introspection, de gérer ses émotions et de se remettre en question, comme le suggère l'extrait ci-dessous.

> Barbara, *psychologue* :
>
> « [Monsieur Demir] est très fort dans une position victimaire, sans possibilité de remise en question. Il arrive à dire qu'il a des émotions, qu'il pleure pour les évacuer. Il pleure car sa fille s'est mariée avec le premier venu, ce sont ses dires. […] Il a demandé pour sortir en famille, j'ai vérifié mais en fait ce n'est pas possible car il y a des tensions avec son ex-femme. »
>
> Aline, *criminologue,* mentionne les « échelles de risque » du patient (voir *infra*) :
>
> « Sinon au niveau des symptômes psychiques, et des facteurs protecteurs : il y a sa famille et l'équipe mobile TSI. […] Et pour les facteurs de risque : (elle énumère une série d'éléments) difficulté d'introspection, symptômes psychiques, instabilités émotionnelle et comportementale, susceptible d'utiliser des stratégies d'adaptation. »
>
> *(JT, unité A, 25 avril 2021)*

Que l'autonomie attendue chez un patient revête une acception fonctionnelle et relationnelle est assez classique dans la littérature en sciences sociales (Velpry, 2008 ; Marquis, 2019 ; Azevedo, 2022). Le terrain des UPML, à l'intersection entre le pénal et la santé mentale, amène une nouvelle dimension, d'ordre moral, où le patient réinsérable doit être capable de faire la distinction entre le bien et le mal, reconnaitre ses actes, et faire preuve d'une moralité suffisante afin de (ré)intégrer la société. 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 : qu'est-ce qui fait qu'un patient n'est pas ou plus dangereux ? Il se rend compte que ce qu'il a fait est grave et il agit en conséquence. Un patient jugé suffisamment autonome par les

professionnels présente donc un potentiel de dangerosité considérablement réduit. Dans l'évaluation que les professionnels 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 violence apparaissent ; c'est comme si, quand ils évaluent un patient, les professionnels avaient eux-mêmes une responsabilité vis-à-vis du pénal, qui se traduit dans cette projection du patient réinsérable (voir le chapitre 5).

La dangerosité est également traduite en des termes comportementaux, qui traduisent des façons de fonctionner jugées adéquates par les professionnels. Aux patients qu'ils considèrent à risque ou dangereux, les professionnels se réfèrent souvent en mobilisant le registre du « malaise » ou du « mal à l'aise » : le patient est impulsif, menaçant, il manipule, il ment, il manque d'empathie et présente des traits antisociaux, sont autant de termes pour décrire un patient qui ne convient pas. Je reviens sur cette notion de dangerosité dans le chapitre 6.

Dans le contexte de l'internement, on verra que l'autonomie attendue chez le patient est ajustée au cadre normatif de l'intervention, car liée au jugement des professionnels qui interviennent auprès du patient et l'évaluent, ainsi qu'au cadre pénal qui organise la mesure de sûreté (voir le chapitre 5). En outre, l'évaluation des différents critères du « bon » patient interné s'inscrit dans un contexte sur lequel pèsent des contraintes organisationnelles fortes. Dans le point suivant, je reviens sur deux contraintes en particulier qui marquent le travail d'évaluation : d'un côté, le temps de l'évaluation et, de l'autre, la marge de manœuvre laissée aux professionnels afin de statuer sur la sortie définitive d'un patient de l'unité.

II. L'évaluation de la réinsérabilité des patients aux prises avec une temporalité limitée et un contexte pénal prégnant

Tout comme le traitement des candidatures (voir le chapitre 3), le travail d'évaluation de l'autonomie et des projets de sortie des patients internés, qui prend place pendant les réunions cliniques hebdomadaires, est lui aussi soumis à des contraintes organisationnelles et institutionnelles qui mettent en péril l'autonomie des professionnels. Ces derniers favorisent le travail d'équipe et prennent le temps d'évaluer au cas par cas chaque situation et ce, malgré une temporalité limitée liée à l'organisation interne des UPML et aux exigences de l'autorité subsidiante (1.). Et, bien que l'évaluation continue de l'autonomie du patient soit précautionneuse, la marge de manœuvre des professionnels est considérablement réduite quand

il s'agit de prendre une décision relative à la sortie définitive d'un patient : *in fine*, l'instance judiciaire a le dernier mot (2.).

1. « On va devoir accélérer à fond la caisse, on a des évaluations à la pelle ! » : une évaluation qui court après le temps

> La réunion clinique va bientôt commencer. Dans la salle, les professionnels prennent le temps d'installer un projecteur. Nour, criminologue, annonce qu'elle « prend vite un café ». Guillaume, psychiatre, réagit sur un ton moqueur : « t'inquiète, on n'est pas à vingt minutes près ! », laissant entendre qu'ils sont, en réalité, pressés par le temps, étant donné le programme chargé de la réunion. Elle réagit en riant : « oui, pas de pression ! ». À peine entamée, la réunion est à nouveau interrompue, « souci d'ordi », lance une infirmière. Nathan, psychologue, charrie à son tour sa collègue criminologue : « voilà, tu peux te refaire un café ! » *(JT, unité A, 21 mai 2021)*

L'analyse de l'évaluation des candidatures à l'UPML a permis de mettre en évidence au moins deux épreuves de professionnalité : le risque de la stagnation en prison des candidats-patients et l'engagement de l'équipe soignante au processus de traitement des candidatures (voir chapitre 3, point IV.). L'observation de l'évaluation continue de l'autonomie et des perspectives de sortie du patient met en exergue, cette fois, le poids de la contrainte temporelle sur le travail des professionnels : le temps alloué à l'action et, en particulier, à l'évaluation, est limité ; tantôt en amont par l'autorité subsidiante, tantôt en aval en raison du fonctionnement interne des UPML. L'enjeu est qu'il faut pouvoir bien évaluer en peu de temps. Or, comme le souligne Florent Champy, une « condition majeure » du travail prudentiel est le « temps donné à la réflexion et à la délibération » (2012, p. 217) et, dès lors, un temps limité peut être perçu comme une « source de fragilité » dans le sens où « un travail professionnel trop rapide [est] trop peu prudentiel » (Champy, 2012, p. 217). Sur le terrain des UPML, « quel est le temps que se donnent les acteurs » (Chateauraynaud, 1998, p. 105) afin de juger de l'évolution des patients et de leur potentielle réinsérabilité ? Ou, dit autrement, que font les professionnels du temps qui leur est imparti, étant souvent « pris dans des contradictions entre le temps prescrit par [leurs] dirigeants et le temps réel nécessaire à [leur] intervention » (Ravon, 2009, p. 64) ?

A. Un manque de temps pour l'évaluation

Traduite en des termes très concrets, l'évaluation consiste à se demander *comment va un patient* : s'il prend sa médication, s'il est délirant, s'il mange et dort bien, s'il a eu un comportement « adéquat » lors d'une sortie ou une activité, si son projet est réaliste et se met en place, *etc*. Le compte-rendu est généralement assez bref et consiste à énumérer les éléments

principaux liés à la situation et à l'évolution du patient, comme une « *check list* ». Pour illustrer, à l'occasion d'une réunion clinique, Guillaume, psychiatre, résume la situation d'un patient :

> « Pour l'instant, il reste stable, il ralentit au niveau psychomoteur, il n'a pas rechuté, ça fait 5 semaines qu'il va mieux. […] Il a un traitement chargé. Il a un projet de pouvoir relancer une candidature MSP ». Le psychiatre insiste sur la nécessité de faire un « suivi rapproché de sa santé » et que le patient « restera à l'unité jusque juin ». Il conclut, s'adressant à l'équipe : « vous voulez ajouter quelque chose ? »
>
> *(JT, unité A, 5 mars 2021)*

Évaluer revient à opérer un véritable travail de condensation, qui va à l'essentiel : une sorte de résumé de résumés, basé sur les notes des professionnels et celles qui se trouvent dans le DPI, ainsi que les discussions informelles. Ceci met à mal l'idéal prudentiel qui vise à prendre le temps nécessaire pour se faire une idée suffisamment précise des situations complexes. Qu'est-ce qui pousse les professionnels à accélérer la cadence du travail d'évaluation ?

Le ministère de la Santé publique attend que chaque patient d'UPML fasse l'objet d'une évaluation mensuelle. Une fois par mois, les professionnels doivent être en mesure de rendre des comptes sur l'état d'avancement d'un patient en séjour à l'unité. En moyenne, pour une trentaine de patients par service, ceci revient, en théorie, à apprécier la situation de huit patients par réunion clinique. Or, pendant les réunions cliniques, on le verra plus en détail dans le chapitre suivant, sont aussi discutées les permissions de sortie, des événements particuliers qui se sont déroulés pendant la semaine ou encore certains événements ponctuels qui engendrent de plus longues discussions entre les participants. Sur deux heures de réunion, il reste peu de temps pour l'évaluation clinique, soit une dizaine de minutes environ. Il est donc parfois difficile de maintenir le rythme des évaluations mensuelles. En pratique, ceci amène les professionnels à devoir accélérer le rythme des délibérations. Des tensions peuvent alors éclore. La singularité et l'imprévisibilité de chaque situation rendent d'autant plus compliqué, voire parfois impossible, de prévoir le temps nécessaire afin d'évaluer correctement l'état d'un patient et ses progrès en libération à l'essai.

À un niveau plus microsociologique, d'autres obstacles, d'ordre organisationnel et matériel cette fois, mettent à l'épreuve la temporalité de l'évaluation délibérative à l'UPML. Les deux heures de réunion sont constamment entrecoupées par les sonneries puissantes des *DECT* (téléphones portables professionnels), qui obligent les médecins, mais aussi les membres de l'équipe soignante ou les assistantes sociales, à s'éclipser un court instant hors de la salle afin

de répondre à l'appel. Une fois de retour à la réunion, les professionnels concernés doivent alors se mettre rapidement à jour de ce qui vient d'être dit. Aussi, à l'instar de ce qu'on peut retrouver dans d'autres milieux professionnels, certaines périodes de l'année, les vacances d'été par exemple, ralentissent inévitablement les processus d'évaluation, réduisant les occasions où toute l'équipe est présente.

En règle générale, la grande majorité de l'équipe participe aux réunions cliniques qui, on l'a vu, fonctionnent sur le mode de la délibération où chacun peut intervenir (voir *supra*). Les observations suggèrent toutefois qu'elles ont surtout pour but d'informer les psychiatres des derniers événements qui ont marqué le quotidien de l'unité. Ceci s'observe en grande partie par la posture corporelle des intervenants à la réunion qui, systématiquement, se tournent vers le ou les psychiatre(s) présent(s) pour rendre compte d'une situation. Parfois, le psychiatre lui-même initie ces comptes rendus, admettant qu'il a « un peu oublié où on en était » pour tel ou tel patient. Il est celui qui annonce qu'il faut « passer aux évaluations mensuelles » ou aux « comptes rendus des concertations » et qui demande au reste de l'équipe de lui raconter comment s'est passée la semaine. Si le psychiatre n'est pas considéré comme le « chef » de l'unité médico-légale, ce rôle étant occupé par l'infirmier en chef, il incarne néanmoins la figure d'autorité. Ultime appréciateur des situations, il clôt souvent les débats[143].

Pendant les réunions cliniques, la gestion du temps est aux mains des psychiatres qui, à la différence de leur rôle plus secondaire en réunion de candidatures, occupent une fonction centrale de régulation des échanges. Gardiens du temps, il arrive que l'un des deux psychiatres présents, voire même les deux, somme(nt) le reste des collègues d'accélérer la cadence (« s'il vous plait, il faut quelques minutes pour les autres patients » ; « il reste 5 patients pour vingt minutes, ça va être chaud » ; « on va devoir accélérer à fond la caisse, on a des évaluations à la pelle ! ») ou de se reconcentrer afin de ne pas perdre de vue l'objectif de la réunion (« bon la team, on peut se reconcentrer s'il vous plait ? »). Les psychiatres arrivent cependant rarement à l'heure aux réunions et sont parfois contraints de les quitter plus tôt. Si l'arrivée souvent tardive des médecins est sans doute le résultat d'une affaire urgente à traiter plus qu'un défaut de ponctualité, la réunion peine à commencer sans eux. D'ailleurs, l'absence des psychiatres à

[143] Pour plus de développements sur ce point, voy. De Spiegeleir, S. (2023). « On est dans une position de contrôleurs malgré nous » : enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone. *Revue du CREMIS*, *14*, 32.

l'unité conduit souvent le reste de l'équipe à annuler la réunion car si « les médecins ne sont pas là, on ne peut pas prendre de décision », insiste l'infirmier en chef de l'unité B.

Si le psychiatre a longtemps été le seul maitre à bord à l'hôpital psychiatrique (Goffman, 1968 [1961] ; Barrett, 1999), et que son autorité se manifeste encore aujourd'hui à l'UPML, les observations à l'équipe mobile TSI introduisent un contraste intéressant. Dans la pratique ambulatoire, le médecin n'est pas celui qui régule, ni celui qui gère le bon déroulement des moments de délibération. La tâche appartient au coordinateur de l'équipe, qui n'est jamais psychiatre de formation. Le psychiatre de l'équipe mobile TSI n'y travaille d'ailleurs qu'à temps partiel et est souvent rattaché à une autre institution. Ses interventions sont plus sporadiques. Ceci fait écho au principe de « décloisonnement » professionnel, sur lequel se fonde la rationalité de l'équipe, élément déjà présenté dans le deuxième chapitre de la thèse et qui traduit une volonté de l'équipe mobile de s'inscrire dans une vision plus « moderne » des soins en santé mentale, basée sur une certaine horizontalité des pratiques et selon l'idée qu'il n'y a pas un savoir unique qui domine tous les autres.

Le temps de l'évaluation est donc restreint, mais les très nombreux moments d'échange qui y sont consacrés prouvent que les professionnels n'y renoncent pas.

B. Un temps nécessaire à la réflexion

« […] [A]vec la rationalisation du travail et malgré les injonctions au partenariat et à la coordination, les temps de travail en équipe, de rencontres informelles, de régulations institutionnelles, de groupes d'échanges ont été fortement réduits », souligne Bertrand Ravon quand il aborde, une dizaine d'années auparavant, la question de « l'usure professionnelle » des travailleurs sociaux en France (Ravon, 2009, p. 65). Sur le terrain des UPML, les difficultés exposées plus haut n'empêchent toutefois pas l'équipe de prendre le temps nécessaire pour évaluer les situations. Les professionnels sont conscients que leur travail s'inscrit dans une temporalité contrainte, ils s'y réfèrent d'ailleurs à de nombreuses reprises, bien souvent avec humour comme l'illustre l'extrait en introduction de ce point. Une autre fois, à l'occasion d'une réunion du même type, Matteo, psychiatre, annonce le sourire aux lèvres qu'« il est 11h20 » et que lui et ses collègues détiennent probablement « le record européen du *staff* le plus rapide », la réunion ayant duré 1h20 au lieu de 2h.

Les professionnels des UPML ont affaire aux injonctions de rationalisation et aux attentes en termes de performance, qui consistent à rendre rapidement de meilleures évaluations et

décisions. S'il faut travailler relativement vite à l'UPML, les professionnels *s'y font*, à deux niveaux : d'un côté, ils *font avec* et s'adaptent, en accélérant le travail d'évaluation et, de l'autre, ils *font face*, régulant au mieux les temps de réflexion. En multipliant les moments d'échanges collectifs et en veillant à ne pas précipiter le patient dans son séjour, les professionnels tentent de garantir un certain niveau de prudence.

> *Nora, criminologue* :
> « [Un patient de l'unité] a plutôt un profil MSP, mais la CPS préfère une UPML car des faits [qualifiés infractions] ont mené à une révocation. »
>
> *Guillaume, psychiatre* :
> « Oui, mais il n'est là que depuis le 4 mai, ce n'est pas longtemps pour voir comment ça évolue. Il ne faut pas tirer des conclusions hâtives. »
>
> *(JT, unité A, 25 juin 2021)*

D'ailleurs, les patients ne sont pas les seuls à faire l'objet d'une évaluation rapprochée, les professionnels réfléchissent continuellement à ce qu'ils sont eux-mêmes en train de faire. Les réunions de type organisationnel ou institutionnel sont des occasions pour l'équipe de repenser sa pratique. En effet, s'y déroule aussi tout un travail de qualification des situations dans le but d'identifier « ce qui pose problème ». J'examine ceci plus en détail dans le chapitre 6.

2. « C'est la justice qui tranche » : les décisions pénales de l'évaluation clinique

L'évaluation de la réinsérabilité du patient interné est incertaine car elle ne débouche pas sur un résultat sûr : les fins de séjour de l'unité dans la temporalité envisagée ne sont pas systématiquement respectées par les acteurs judiciaires. Dans l'extrait ci-dessus (point 1., B.), quand Nora, criminologue, précise que le patient « a un profil MSP », mais que la Chambre de protection sociale « préfère une UPML car des faits [qualifiés infractions] ont mené à une révocation » de la libération à l'essai du patient, elle sous-entend par là que le projet que l'équipe a approuvé ne sera pas pris en compte.

Si les réunions cliniques sont des instances délibératives où l'évaluation continue s'opère au fil des semaines, elles sont aussi des instances décisionnelles : une série de décisions y sont prises, très souvent par les psychiatres (avaliser une sanction à l'égard d'un patient, ajuster une médication, *etc*.) et parfois par d'autres professionnels (changer l'horaire pour une activité, fixer un jour de visite pour une IHP, *etc*.). Cependant, même si le projet de sortie d'un patient

convainc l'équipe, cette dernière n'est pas en mesure de rendre une décision officielle quant à la sortie définitive du patient de l'unité. Qui décide alors de la trajectoire des patients, c'est-à-dire de la suite de leur séjour en UPML ? Le caractère hybride de la mesure d'internement (entre soin et sécurité), s'il est toujours présent, devient particulièrement tangible au moment de statuer sur la possible réinsertion du patient interné : « c'est la justice qui tranche ».

Pour rappel, le séjour à l'UPML n'est qu'une étape de la libération à l'essai des patients internés, bien que beaucoup de professionnels de la santé mentale estiment que la sortie de l'hôpital rime avec la réinsertion du patient. Pour l'institution judiciaire, la réinsertion avérée passe par la libération définitive (art. 66 de la loi du 5 mai 2014), qui ne peut être octroyée qu'à « l'expiration du délai d'épreuve » de la libération à l'essai, soit « une période de trois ans, chaque fois renouvelable pour une durée de deux ans au maximum » (art. 42). En pratique, il faut attendre la fin d'une période de libération à l'essai ambulatoire (voire le chapitre 1) pour que la libération définitive soit accordée[144]. En effet, la trajectoire classique veut qu'après le passage par une UPML, les patients internés soient tenus de poursuivre la libération à l'essai en dehors des murs de l'unité, au sein d'autres structures non-hospitalières fonctionnant sur un mode plus ouvert et communautaire, dans la perspective d'être libérés définitivement de la mesure d'internement.

Le séjour en UPML n'est donc qu'une des modalités possibles de l'exécution de la libération à l'essai, en principe suivie par une autre modalité plus « soft ». Aussi, lorsque les professionnels de l'unité estiment que le séjour peut prendre fin, une demande de modification de la mesure peut être adressée à la CPS, mais doit impérativement être formulée par l'avocat du patient.

> Solène, *criminologue :*
> « Et pour Monsieur Dimare ? »
>
> Marc, *psychiatre :*
> « On est sur la fin. »
>
> Valérie, *assistante sociale :*
> « L'avocat n'a toujours pas fait la demande, j'ai pris rendez-vous avec [le-la Président-e de la CPS], c'est juste une modification de conditions, un changement de résidence pour quitter l'unité. Il voudrait enlever l'administration de biens, il a besoin d'un rapport concernant la médication. »
>
> *(JT, unité B, 13 septembre 2021)*

[144] Pour rappel, dans des cas plus rares, depuis deux arrêts rendus par la Cour de cassation (Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RG P.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362), la libération définitive peut être accordée avant la fin du délai d'épreuve prévu par la libération à l'essai (voir le chapitre 1).

Tout ceci peut prendre du temps. Après un long travail de délibération, qui s'étale sur plusieurs mois, la décision finale quant à la trajectoire du patient n'appartient en effet pas à l'équipe de l'UPML, comme l'explique Solène, criminologue à l'unité B :

> Ici [à l'unité B], on a, par exemple, deux patients qui vont aller dans des logements [de type IHP] mais on ne peut pas les faire sortir tant que la CPS [Chambre de protection sociale] n'a pas donné son accord. Pour nous, c'est ok, ils pourraient sortir demain, mais tant qu'on n'a pas la décision de justice, on ne les fera pas sortir.

Certes, les décisions internes au fonctionnement de l'unité (priver un patient de sortie, changer une activité, *etc*.) restent à la discrétion des professionnels et du psychiatre, mais quand vient la question des projets de sortie, la décision passe du côté de la justice pénale. Une partie de l'autonomie des professionnels de la santé mentale est donc menacée. De ce point de vue, tout le secteur semble être logé à la même enseigne ; le même constat peut d'ailleurs être fait pour l'équipe mobile TSI. Les propos d'Antoine, infirmier à l'équipe mobile TSI, vont dans le même sens que ceux de Solène :

> C'est important de dire que ce n'est pas nous qui décidons. […] Nous, on discute ici, on essaye d'apporter des éléments cliniques, de pouvoir un peu évaluer les situations et de voir comment on se positionne dans une situation pour laquelle c'est la Chambre de protection sociale qui va trancher.

L'évaluation clinique des progrès du patient et de son potentiel de réinsérabilité engendrent des décisions pénales et échappent en fait à l'équipe des UPML. On peut imaginer que ceci puisse générer un sentiment de frustration dans le chef des professionnels, ainsi dépossédés en somme d'une partie de leur pouvoir décisionnel. Pourtant, il est intéressant de constater que si l'avis des professionnels est parfois contrarié par la justice, ces derniers n'expriment pas vraiment de rancœur à ce propos. Au contraire, ils ont tendance à se saisir pragmatiquement de l'instance judiciaire comme d'un levier pour remettre du cadre (voir les chapitres 5) et à lui conférer le poids de la responsabilité des décisions officielles relatives aux sorties définitives des patients (voir le chapitre 6). Du côté des patients, toutefois, les retombées d'une décision « négative » de la CPS, prolongeant la libération à l'essai dans les murs de l'unité, peut s'avérer être un véritable fardeau, surtout dans le cas où le patient a concrétisé un projet et se prépare déjà à sortir. Un matin de mai 2021, Monsieur Lefebvre, patient à l'unité A, arrive très énervé au bureau des soignants ; après des échanges animés avec une infirmière, il lui avoue avoir appris aujourd'hui que « le TAP me donne 1 an de plus, c'est dur », alors qu'il avait l'espoir que sa libération à l'essai soit écourtée.

Un autre obstacle au travail prudentiel (après le temps restreint de l'évaluation et l'autonomie professionnelle menacée) émerge sur le terrain des UPML : la montée en puissance de l'évaluation sur la base d'indicateurs et d'outils standardisés (Champy, 2012). Dans ce contexte, la standardisation de l'évaluation pourrait entraver l'appréciation à sa « juste mesure » (Champy, 2012, p. 216) des situations personnelles des patients internés. Celle-ci rendrait par exemple difficile la justification des raisons qui ont mené à une « mauvaise » évaluation de l'autonomie ou à un refus de concrétiser un projet de sortie. Où en est-on sur le terrain de l'internement ? Le chapitre 2 a mis en avant que certaines UPML belges défendent fermement un recours quasi systématique aux outils d'évaluation psychométriques, et en particulier aux « échelles de risque », alors que d'autres n'y voient pas de plus-value. Dans le dernier point de ce chapitre, j'interroge la place des instruments psychométriques au sein des unités médico-légales, qui visent à évaluer le risque de violence et de récidive d'un patient interné, et j'analyse le rapport qu'ils nouent avec l'évaluation clinique.

III. Recourir à des outils psychométriques, une menace pour l'évaluation prudentielle ? Regard pragmatique sur les échelles de risque

Dès le début de mes observations au sein des UPML et suite à des échanges répétés avec les psychologues et les criminologues, je comprends que la « passation d'échelles » – terme du terrain pour décrire l'usage d'instruments psychométriques – fait partie du travail de certaines UPML. À ma question « comment fait-on passer une échelle ? », un-e criminologue me sourit et réagit : « ah, ça ! C'est une très bonne question. »

Malgré une littérature scientifique abondante en la matière, en particulier dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie légale anglo-saxonne (voir le chapitre 2, point IV.), on dispose à ce jour de peu d'informations sur la façon dont les échelles psychométriques sont concrètement utilisées dans les différents lieux de soins en Belgique, et sur l'influence qu'elles exercent sur les processus de décision, par exemple, en ce qui concerne la poursuite d'une libération à l'essai, ou d'une libération conditionnelle dans le champ pénal. J'ai rappelé brièvement les principaux éléments du débat « pour ou contre l'évaluation psychométrique » dans le chapitre 2 et j'ai montré comment, dans les discours institutionnels, les professionnels des UPML justifient un recours de plus en plus grand aux échelles : pour rappel, il s'agit avant tout de pouvoir déterminer ce que les acteurs de terrain nomment le « profil de risque » du

patient interné et, au moyen des données récoltées par ces outils, d'augmenter les connaissances scientifiques dans le domaine. Dans ce chapitre, je me penche sur la pratique des échelles de risque au sein des UPML et j'interroge la place concrète qu'occupent ces outils, ainsi que sur la façon dont les professionnels s'en saisissent afin d'évaluer le patient en libération à l'essai. Je me concentre uniquement sur l'unité A, qui est le seul terrain à mobiliser activement certaines échelles, dont des échelles de risque, au moment de l'enquête ethnographique. L'ambition est de lever le voile sur une pratique peu connue et peu étudiée à l'hôpital médico-légal et dans un contexte de soin à l'intersection entre le pénal et la santé mentale.

Ce faisant, j'analyse les échelles de risque en cours d'utilisation par les acteurs de la santé mentale et non les résultats qu'elles produisent, ni la façon dont ceux-ci sont présentés et/ou mobilisés devant une instance judiciaire, comme cela a pu être fait ailleurs (Sallée *et al*., 2022 pour le Québec ; Gautron, Dubourg, 2014 et Gautron, 2023 pour la France). La démarche entreprise ici est compréhensive plutôt que normative. Je m'intéresse à ce que le recours aux échelles fait à la pratique professionnelle, en tentant de mieux cerner les effets concrets de l'usage de ces outils d'évaluation sur la pratique des professionnels des UPML. Il ne s'agit donc pas d'analyser les échelles psychométriques pour elles-mêmes mais comme un moyen d'accéder aux registres de justification des acteurs ; une sorte de pragmatique des échelles de risque à l'hôpital psychiatrique. Le sujet des échelles ayant parfois généré des désaccords et des tensions entre les professionnels de l'unité et dans la sphère scientifique et académique élargie, je fais le choix, pour les paragraphes qui suivent, de nommer les acteurs concernés uniquement par le biais de leur profession, n'indiquant ni leur prénom d'emprunt, ni leur genre (« le-la criminologue »). Pour faciliter la lecture, j'utilise aussi le terme « l'évaluateur-rice ».

Le dernier point de ce chapitre est divisé en trois sous-points. D'abord, le recours à des outils d'évaluation psychométrique est une pratique discrète et difficile à observer, qui a nécessité des négociations ethnographiques supplémentaires et une reconfiguration de l'observation *in situ* (1.). Ensuite, les criminologues, dont l'expertise est (re)légitimée par l'usage de ces outils, produisent un certain « profil » de patients au fur et à mesure qu'ils remplissent l'échelle. Observer le recours aux échelles *en train de se faire* met en lumière que l'évaluation psychométrique du risque revient, en réalité, à procéder à une évaluation clinique, bien que davantage formalisée, de l'autonomie du patient interné (2.). Enfin, au moment de l'enquête empirique, l'usage que font les professionnels des échelles de risque peut être qualifié de prudentiel et ce, malgré certaines entraves à la prudence (3.).

1. Observer l'usage des échelles psychométriques : une épreuve ethnographique

Avant de commencer mes observations à l'unité A, à l'occasion d'un entretien préliminaire en vue de négocier mon entrée sur ce terrain, un-e psychologue m'explique qu'« ici, on fait beaucoup d'échelles d'évaluation » car cela « permet de structurer la pensée ». Dès mon arrivée dans l'unité, je m'attends donc à trouver et à observer un recours étendu aux instruments psychométriques. Malgré le fait que je n'aie aucune représentation concrète des caractéristiques formelles de ces « échelles », ni de leur fréquence d'utilisation, j'imagine un usage systématique de ces outils, qui va constituer, sans nul doute, une part importante de mon corpus de données. La réalité est tout autre. Les premières semaines de terrain à l'unité A ont révélé une activité plutôt discrète, dont il est difficile d'identifier la temporalité et la localisation et ce, bien qu'elle soit circonscrite dans les murs de l'unité. Il a fallu traverser « une épreuve ethnographique » (Fassin, Bensa, 2008 ; Derbez, 2010, p. 105) avant de découvrir en quoi consiste concrètement ce que les professionnels nomment « la passation d'échelles ».

Dans ce premier sous-point, je reviens sur les négociations entreprises en vue d'accéder aux documents produits ou utilisés par les acteurs de terrain ainsi qu'à la pratique quasi invisible de l'évaluation au moyen d'échelles car, si ces négociations sont indispensables à toute enquête de terrain, elles peuvent aussi, comme le précise Muriel Darmon, « être construites comme un objet de plein droit de la recherche et devenir ainsi un véritable matériau d'analyse du terrain lui-même […] » (2005, p. 99). J'analyse les deux pans de l'épreuve ethnographique engendrés par la découverte des outils psychométriques : d'une part, l'accès difficile à la documentation des échelles, jugée confidentielle (A.) et, d'autre part, la nécessaire reconfiguration de l'observation face à une pratique discrète (B.). La réflexion méthodologique en deux temps permet, *in fine*, de mieux comprendre à quoi ressemble une échelle de risque et comment elle est concrètement utilisée.

A. Les échelles et leurs manuels : des outils d'évaluation protégés

Sophie (chercheuse) :

> « Et quand vous dites que vous faites *passer une échelle*, ça veut dire quoi ? Est-ce que c'est un questionnaire à remplir ? Ou est-ce que c'est un entretien ? Comment ça fonctionne ? »

Criminologue :

> « En fait, c'est un document avec toute une série de facteurs, il y a un manuel à côté qui explique bien les facteurs parce que, par exemple, les troubles du comportement et bien, ils ne seront pas les mêmes pour la PCL-R [échelle qui

évalue la psychopathie], qui est plus pour les psychopathies, ou la HCR-20 [échelle qui évalue les facteurs de risque] qui est plus adaptée en santé mentale. Donc en fait, sur la base des notes que je pouvais prendre pendant des réunions cliniques, sur la base des notes qui étaient dans le dossier du patient informatisé, ou des discussions avec le psychologue référent ou des référents de [l'équipe soignante], ça permettait d'avoir différentes informations qui permettaient de coter l'échelle. »

Sophie (chercheuse) :

« D'accord, ok. Et du coup quel est le…, comment dire, quel est l'investissement du patient dans l'évaluation avec des échelles ? »

Criminologue :

« Aucun. »

(Extrait, entretien avec un-e criminologue d'UPML, 14 octobre 2020)

Comme le suggère l'extrait d'entretien ci-dessus, les échelles prennent la forme de pièces écrites, généralement une ou deux feuille(s) de papier au format A4. Elles présentent une liste de facteurs (ou « *items* ») qui reprennent toute une série de caractéristiques individuelles ou sociales (« situation financière », « famille », « stress », « symptôme de maladie mentale », *etc.* ; voir en annexe deux exemplaires d'échelles). Faire passer une échelle signifie qu'il faut évaluer la présence ou l'absence de chacun des facteurs. Par exemple, face à l'*item* « situation familiale », l'évaluateur se demande si le patient a un entourage familial et si celui-ci lui est bénéfique ; il remplit alors l'échelle de façon ordinale (« non », « partiellement », « beaucoup », *etc.*) à l'aide d'une valeur chiffrée (« coter ») ou par le marquage d'une croix (« cocher »). Sur la base du score final ou du nombre de croix, l'évaluateur détermine si le niveau de risque du patient est faible, modéré ou élevé (Gautron, Milburn, 2023, p. 112).

À l'unité A, les criminologues sont tenus de suivre des modules de formation de courte durée (environ trois jours de formation pour un type d'outil) afin de maitriser l'évaluation psychométrique au moyen d'échelles de risque, qui visent à évaluer le risque de violence et de récidive que présente un patient médico-légal. Un module revient à environ deux-cents euros la journée[145]. Les « manuels », d'une dizaine de pages chacun, ainsi que la formation, donnent « un éclairage sur la façon de scorer », précise un-e criminologue. À côté des manuels d'aide à la « cotation », l'apprentissage de la pratique des échelles psychométriques se veut aussi expérientiel. C'est en effet par le biais d'échanges avec des collègues plus entrainés et d'une formation « sur le tas » que les professionnels apprennent à manier une échelle. Il n'est

[145] Par exemple, en Belgique francophone, l'Université de Mons dispense des modules de formation, notamment pour les « échelles de risque statiques » : https://web.umons.ac.be/fr/evenements/formation-violences-et-troubles-mentaux-module-2c-echelle-de-risque-statique-99/

d'ailleurs pas rare que des étudiant-es en criminologie ou en psychologie passent quelques mois à l'unité afin de réaliser un stage dont l'objectif est de suivre l'évolution de certains patients à l'aide d'une échelle spécifique. D'autres échelles utilisées dans l'unité ne requièrent pas de formation, comme par exemple la CANFOR[146], une échelle dynamique qui vise à évaluer les besoin de prise en charge d'un patient. Pour remplir cette échelle, il faut, selon un-e psychologue, « juste savoir lire et écrire »[147].

Au fil de mes échanges avec les professionnels, je comprends que l'action de remplir une échelle (« la passation d'échelles ») est souvent l'affaire de quelques minutes et prend place dans un bureau, « pendant les heures de travail, quand on a le temps », précise un-e psychologue. Bon nombre d'échelles sont « hétéro-administrées »[148], en ceci qu'elles sont remplies par les professionnels (très souvent, les psychologues et les criminologues de l'équipe) suite à un premier entretien avec le patient interné ou sur la base du dossier de ce dernier.

Pour comprendre en quoi consiste l'évaluation par le biais d'échelles, les entretiens et les échanges informels avec les professionnels se sont révélés très riches. Toutefois, à ma demande d'accéder à la documentation des échelles, que celles-ci soient vierges ou déjà complétées, ainsi qu'aux différents manuels, les choses se compliquent. Sans pour autant faire face à un refus catégorique, les professionnels se montrent quelque peu hésitants, invoquant les droits liés à la propriété intellectuelle qui protègent ces outils. « La HCR-20 [échelle de risque], c'est très protégé, si je te donne une copie, je viole tous les droits d'auteur », précise un-e psychologue, embêté-e par ma question. Les différentes échelles sont en effet conçues par des tiers, considérés comme des experts dans leur domaine (généralement en psychologie légale)[149]. Toutes les échelles ne sont pas disponibles en ligne, à moins d'acheter la licence. À titre d'exemple, un site canadien *Protect International: risk and safety services* propose la dernière version de la HCR-20 (voir *infra*) et son manuel pour un montant total de 235 dollars canadiens (environ 156 euros)[150].

---

[146] CANFOR vaut pour *Camberwell Assessment of Need: Forensic Version*

[147] Ceci fait penser à « l'athéorisme » et le caractère très descriptif du DSM (voir le chapitre 1), ce qui, selon certains auteurs, permet de rendre son application accessible à tous (Cartuyvels, 2015, p. 23).

[148] Je reprends ici le terme « hétéro-administré » utilisé par les professionnels et qu'ils opposent à l'expression « auto-administré ».

[149] Par exemple, le psychologue canadien Robert Hare a élaboré la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R, ou « échelle de psychopathie de Hare ») en 1991, qui vise à mesurer le niveau de psychopathie chez un individu. Ou encore, la *Violence Risk Appraisal Guide* ou, en français, le guide d'évaluation du risque de violence (VRAG) développée par des psychologues canadiens en 1998 (Quinsey *et al*., 1998), est un instrument actuariel statique qui permet d'évaluer le risque de violence.

[150] Pour plus d'informations sur l'offre du site, voy. https://protect-international.com/product-category/manuals-and-worksheets/

À certains moments de l'enquête ethnographique, j'ai pu parcourir les documents des échelles à l'intérieur de l'unité, dans les bureaux des psychologues et des criminologues. À l'approche de la fin du terrain, en ce qui concerne les exemplaires d'échelles remplies et leurs manuels, j'ai demandé aux psychologues et aux criminologues si je pouvais disposer de copies, à condition de ne pas les diffuser. J'ai d'abord dû faire face à quelques réticences. Lorsque j'évoque l'idée d'avoir en ma possession une échelle complétée, un-e psychologue regrette et me dit que « ce n'est pas possible » en raison du fait qu' « il y a le nom du patient sur chaque page ». Je poursuis la négociation et demande s'il est possible d'anonymiser le document ; la réponse est claire : « ce n'est pas faisable ». Mon statut particulier de chercheuse, qui nécessite de pouvoir analyser les échelles dès mon retour à l'université, a finalement convaincu les professionnels. Une dernière tentative m'a en effet poussé à inciter le-la psychologue à faire une capture d'écran de l'échelle et des graphiques correspondant et ce, sans faire apparaitre le nom du patient ; rassuré-e par cette idée, il-elle m'a envoyé les photos sans délai. J'ai donc pu quitter l'unité avec, en ma possession, quelques exemplaires photocopiés d'échelles complétées et d'un manuel.

Deux échelles criminologiques, selon les termes indigènes, qui font généralement l'objet d'une utilisation conjointe, sont abordées dès le point suivant : la HCR-20 (*Historical and Clinical Risk Management*), qui appartient à la deuxième génération des échelles et comporte des facteurs dynamiques, et la SAPROF (*Structured Assessment of Protective Factors for Violent Risk*), qui fait partie de la troisième génération d'échelles et complète la précédente avec des indicateurs de type clinique. La raison de ce choix est principalement d'ordres méthodologique et empirique. J'ai bénéficié d'un accès facilité à ces instruments car leur caractère dynamique implique que ces échelles sont mobilisées à plusieurs reprises pendant toute la durée du terrain ethnographique, ce qui a permis de récolter un corpus de données plus solide, à la différence d'autres échelles dites statiques[151]. Par souci de clarté, je mentionne ces échelles par le biais de leur acronyme ou par l'objet qu'elles visent à évaluer, à savoir : la HCR-20 (facteurs de risque) et la SAPROF (facteurs de protection). Je présenterai brièvement les deux échelles avec, en annexe, deux exemplaires à l'appui, au moment d'aborder le déroulement de la passation (voir point 2.). Je me penche à présent sur l'enjeu que pose, pour l'enquête, l'observation d'une pratique d'évaluation qui ne se laisse pas approcher facilement.

[151] C'est le cas, par exemple, des échelles d'évaluation du risque PCL-R et VRAG citées plus haut.

B. La « passation d'échelles » *en train de se faire* : une pratique difficile à observer

L'approche pragmatique (Lemieux, 2018 ; voir l'introduction générale de la thèse) choisie dans le cadre de la thèse vise à comprendre la passation d'échelles en situation ou, pour le dire autrement, à saisir ce qui se passe au moment où les professionnels *réalisent l'action* de les remplir. L'idée est de pouvoir analyser le rapport qu'entretient l'évaluateur à (l'outil de) l'évaluation. L'intérêt pour les outils d'évaluation psychométriques relève donc moins des outils eux-mêmes que de ce qu'ils produisent. Face aux échelles complétées que j'ai en ma possession, et qui tiennent sur une page *recto verso*, on ne peut, en réalité, pas tirer grand-chose de la lecture des chiffres annotés, ni des cases cochées. Afin de déceler le sens que donnent les professionnels à la « cotation », il faut accéder aux processus de justification : que se passe-t-il au moment où les professionnels complètent une échelle ? Comment les professionnels interprètent-ils les différents critères ou « *items* » ? Qu'est-ce qui rend légitime, selon eux, de « scorer » positivement ou négativement telle ou telle variable ? Et que dit l'observation de la passation d'échelles sur les effets et la nature de l'évaluation des patients internés à l'UPML ?

Dans le contexte des UPML, le dispositif des échelles tel qu'il est utilisé par les professionnels (par un-e seul-e évaluateur-rice, dans son bureau, quand il-elle est disponible) n'oblige pas les professionnels à devoir expliquer oralement ou par écrit les raisons du remplissage. Le design des échelles n'appelle pas à rendre des comptes, ni à justifier systématiquement les « résultats » obtenus. On le verra, si les données produites par les échelles sont parfois divulguées et discutées lors de réunions d'équipe internes à l'unité, les professionnels ne sont pas tenus de devoir justifier la cotation aux acteurs externes, ceux de la justice par exemple (Gautron, Milburn, 2023) et ici, en l'occurrence, aux magistrats et assesseurs de la CPS. En outre, rien n'oblige les professionnels à partager le contenu des échelles avec les patients. Ces derniers sont en droit de demander le résultat d'une échelle qui les concerne, c'est néanmoins rarement le cas en pratique. Il arrive même que les professionnels ne signalent pas au patient qu'il fait l'objet d'une évaluation psychométrique. Par exemple, quand il s'agit d'évaluer le risque de violence ou de récidive, « ça, tu penses bien, on ne le dit pas au patient », souligne un-e criminologue. Cependant, le choix de ne pas fournir cette information au patient peut susciter une gêne chez certains professionnels, qui s'inquiètent que le manque de transparence fasse défaut à leur vision du « bon soin », qui tend à s'inscrire dans la philosophie du rétablissement (voir le chapitre 2, point IV.) :

> On réfléchit à comment faire une restitution [des résultats des échelles] au patient. Mais bon, ce n'est pas très rétablissement si je lui dis 'là et là ça ne va pas'. S'il y a des risques pour le futur, il faut plutôt en discuter. On doit encore travailler là-dessus.
>
> *(JT, un-e criminologue, unité A, 28 octobre 2021).*

Si la justification de la cotation ou du « cochage » d'une échelle semble pour le moins inaccessible pour beaucoup d'acteurs et, de fait, pour la sociologue-observatrice, ceci ne veut pas dire que les professionnels ne réfléchissent pas à ce qu'ils sont en train de faire au moment où ils le font. Cela signifie simplement que justifier la cotation d'une échelle est un processus cognitif interne et propre à l'évaluateur-rice, qui n'est pas obligé-e de s'en expliquer. À l'inverse, l'évaluation clinique, mode principal d'évaluation sur ce terrain, pousse les professionnels à mettre continuellement en mots les justifications de l'appréciation qu'ils se font d'une situation. C'est pourquoi l'observation répétée de ces réunions a permis, comme je l'ai montré dans le chapitre 3 et les deux points précédents de ce chapitre, de mettre en avant ce qui importe dans l'évaluation d'un patient et les différents référentiels de l'autonomie en tant que principal critère d'évaluation. En ce qui concerne l'évaluation psychométrique, la démarche ethnographique a consisté à rendre dicible et compréhensible le raisonnement à la base de la passation d'échelles qui, dans ce cas-ci, reste une opération plutôt muette.

En raison des conditions de réalisation de la passation d'échelles que je viens de présenter, et de ma présence hebdomadaire à l'unité, rarement annoncée à l'avance, la seule façon d'observer un « remplissage » d'échelle *en train de se faire* a été de demander à l'un-e des évaluateurs-rices de prendre le temps de me l'expliquer, étape par étape, plaçant celui/celle-ci dans une posture de réflexivité vis-à-vis d'une action qu'il-elle a l'habitude de faire. Si cette méthode ne donne pas accès à la pratique « au naturel », elle ne constitue pas pour autant un cadre d'observation artificiel. Il s'agit plutôt d'une reconfiguration de la temporalité de l'action et non d'une interruption de celle-ci (Béliard, Brossard, 2012, p. 116). Pour le dire autrement, plutôt qu'une observation « flottante » et ininterrompue (Pétonnet, 1982), j'ai opté pour un mode d'observation qu'on peut qualifier de « suspendu », dans le sens où le cours de l'action observé est mis sur pause pendant un temps déterminé, ce qui revient à opérer, en quelque sorte, un « gros plan » au ralenti sur la pratique qu'on désire observer.

Après sept mois sur le terrain, n'ayant toujours pas pu « prendre sur le fait » la passation d'échelles, je me décide donc à demander aux criminologues et aux psychologues de l'équipe si je peux observer, à leurs côtés, le remplissage d'une ou plusieurs échelles. Dans un email, je précise ma démarche :

> […] très concrètement, si vous êtes d'accord, l'idée serait que je puisse observer, c'est-à-dire, être à côté de vous et regarder ce que vous faites quand vous remplissez ou faites passer l'une ou l'autre échelle.
>
> *(Extrait d'un email envoyé à l'unité A, 11 octobre 2021)*

J'ajoute, dans le même email, que « si j'ai bien compris, il n'y a pas de moment de la semaine attribué à ce type d'opération » et que la pratique dépend surtout de leur disponibilité. Deux jours plus tard, les criminologues de l'équipe répondent favorablement à ma demande : « nous pensions nous répartir les échelles criminos afin de pouvoir prendre le temps de rentrer dans les explications lors des passations en ta présence ». Nous convenons d'une date, le 28 octobre 2021. La passation de la HCR-20 (facteurs de risque) et son corollaire, la SAPROF (facteurs de protection) sont au programme afin d'établir le « profil de risque » de Monsieur Z, un patient de l'unité A. Je reprends dans le point qui suit l'évaluation du risque de ce patient, telle qu'elle est performée par un-e des criminologues de l'équipe, qui prend le temps d'expliquer à haute voix ce qu'il-elle fait et pourquoi il-elle le fait. Comme précisé plus haut, l'intérêt ici porte sur la façon de remplir les deux échelles susmentionnées et sur la justification des différentes cotations, et non sur le « résultat » des échelles, ce qui reviendrait à se demander si le patient présente ou pas un risque élevé de récidive.

2. L'évaluation du risque performée et formalisée par les criminologues : l'exemple de la HCR-20 et de la SAPROF

Le matin du 28 octobre 2021, un-e des criminologues me reçoit dans son bureau. Nous allons « passer les échelles » de Monsieur Z. N'ayant pas accès au serveur informatique dans lequel sont répertoriés les dossiers informatisés des patients, je n'ai aucune idée du « profil » du patient en question. Je ne l'ai d'ailleurs encore jamais rencontré dans l'unité. Pendant le remplissage de l'échelle, « c'est important de garder la finalité en tête », m'explique le-la criminologue, c'est-à-dire « évaluer le risque de récidive ». Observatrice du remplissage de l'échelle, je pose peu de questions et je laisse parler le « cotateur » sans l'interrompre afin de ne pas entacher, dans la mesure du possible, la construction du profil de risque qui s'actualise au fur et à mesure. Pour faciliter la compréhension, les exemplaires des deux échelles remplies se trouvent en annexe.

La HCR-20 recoupe trois dimensions : un versant « historique », qui concerne la situation du patient avant son arrivée à l'unité, des « *items* cliniques » et, enfin, des *items* relatives au risque. Ce dernier élément est divisé en deux sections : le risque que le patient présente dans

l'unité (« *risk in* »), et le risque qu'il présente à l'extérieur de celle-ci, dans le lieu de vie où il envisage de poursuivre sa libération à l'essai, c'est-à-dire son projet de réinsertion (« *risk out* »). Pour chacun des facteurs énumérés, trois ordres de réponse sont possibles : « non », dans le cas où le patient ne présente pas de risque pour cette variable ; « partiellement », si un risque est soupçonné ou probable ; et « présent », si le risque est avéré. L'action de cocher induit chez l'évaluateur-rice le questionnement suivant : existe-t-il un risque lié à tel ou tel facteur ? Les facteurs sont regroupés en catégories. Au total, c'est la présence du risque le plus élevé qui l'emporte ; par exemple : si l'évaluateur-rice a coché deux « non » et un « présent », l'*item* principale sera marquée d'un « présent » (voir par exemple le cas de l'*item* H6 à l'annexe 3).

L'échelle est dynamique et est passée, c'est-à-dire remplie par les professionnels, tous les trois mois. Sur un séjour moyen de dix-huit mois, on imagine qu'elle doit être complétée à six reprises par les criminologues de l'équipe. L'idée est d'avoir un aperçu de l'évolution du patient. Naturellement, les *items* historiques sont toujours « cotés » de la même façon, à moins que d'autres éléments relatifs à la vie antérieure du patient apparaissent entretemps. Comme précisé précédemment, l'échelle en question est accompagnée d'un manuel d'aide à la cotation qui précise ce que chaque facteur recouvre et donne des « indicateurs » et des « indications à la cotation ». Cependant, pendant la passation que j'observe, le-la criminologue ne s'aide pas dudit manuel, et se base plutôt sur ses notes personnelles et le dossier informatisé du patient. On retrouve ici le même processus de condensation, mentionné précédemment, qui vise à aller à l'essentiel et à s'appuyer, pour évaluer, sur toute une série d'éléments déjà recensés et résumés (dans le dossier informatisé du patient, dans les notes d'une réunion, *etc*.).

L'évaluation débute par l'analyse « historique » des facteurs de risque (voir l'annexe 3). Monsieur Z. ayant grandi et vécu à l'étranger, les professionnels de l'unité A ne disposent pas de suffisamment d'informations pour évaluer la situation qui précède son internement. Face au premier facteur qui concerne l'« historique de violence » (H1), le-la criminologue marque un temps d'hésitation avant de cocher la case qui lui semble la plus juste, « bon, je fais le pari que "non", Monsieur ne présentait pas de risque de violence pendant l'enfance » (H1, a.). À l'âge adulte par contre (H1, c.), étant donné le passage à l'acte qui l'a conduit à l'internement (une tentative de meurtre sur un voisin), il-elle coche « partiellement ». L'examen successif des différents facteurs suit son cours. En ce qui concerne l'« abus de substances » (H5), « le patient dit seulement consommer des cigarettes » et « il n'a jamais montré aucun signe de conso' »,

explique tout haut le-la criminologue, tout en parcourant ses notes prises à la main à la suite d'un entretien avec ledit patient, « donc moi je dirais "non" ».

La partie historique complétée, on passe à l'évaluation des « *items* cliniques » (voir l'annexe 4). Pour le premier facteur (C1), il y a une « ébauche de conscience morbide […] », précise le professionnel, « je ne sais pas si [Monsieur Z.] sait identifier ce qui précipite le risque de violence, donc je mets "partiel" ». Pour le reste des facteurs, le patient ne semble présenter aucun risque selon le-la criminologue, qui justifie la cotation comme suit : « il fait beaucoup de cuisine, de musculation et d'ergothérapie », il est donc « très stabilisé » et « le psychiatre disait qu'il était stable psychiquement ». « Tu vois », poursuit il-elle, « on est dans le *safe* avec lui ! ».

La dernière série de facteurs concerne plus concrètement les risques que le patient présente actuellement au sein de l'unité (« *risk in* ») et les risques potentiels que le patient *pourrait* présenter dès sa sortie de l'unité et son intégration dans un autre lieu de vie (« *risk out* »). Comme l'évaluation clinique, l'évaluation psychométrique est prospective, en ceci qu'elle nécessite de se projeter. Pour l'*item* « situation de vie » dans l'unité (R2 « *in* »), « je mets "partiel" car, ici, il y a des tentations au niveau de la conso', et c'est un peu tendu avec son voisin de chambre », précise le-la criminologue. On passe aux risques envisagés à l'extérieur, « si le patient est à la porte demain, comment est-ce que ça va se passer ? ». Dans ce cas-ci, Monsieur Z. envisage une réinsertion au sein d'une initiative d'habitation protégée. On indique alors « IHP » sur la feuille. « En IHP, Monsieur sera suivi par [une équipe mobile TSI], ça c'est bien, donc je mets "non" » (R1 « *out* »). Pour la « situation de vie » (R2 « *out* »), le professionnel hésite : « ici, on fait tout pour eux, mais peut-être qu'à l'IHP, ce ne sera pas suffisamment sécurisé. Je ne sais pas trop, donc je mets "partiel" ». Il-elle ajoute : « moi je préfère coter trop sévèrement plutôt que pas assez ».

Le-la criminologue s'empare ensuite d'une autre feuille A4 et me tend une copie. On passe à l'évaluation des facteurs de protection, c'est-à-dire les facteurs qui agissent « contre les risques de récidive », au moyen de la SAPROF (voir l'annexe 5). La littérature scientifique en psychologie et psychiatrie légale avance qu'à « l'hôpital médico-légal, beaucoup de patients ont à peu près le même niveau de facteurs de risque » (De Page, Englebert, Titeca, 2020, p. 336), ce qui permet de justifier qu'ils se trouvent au « bon » endroit, étant donné que les UPML sont censées accueillir des patients présentant un niveau de risque moyen. C'est la raison pour laquelle il est donc pertinent de procéder à la mesure des facteurs de protection car

« ce qui différencie les patients en crise des patients stabilisés, c'est la présence de facteurs protecteurs et/ou la possibilité d'en implémenter » (De Page, Englebert, Titeca, 2020, p. 336).

L'échelle contient 17 *items* répartis en trois types de facteurs de protection. Les « facteurs internes », d'abord, sont, selon la littérature dans le domaine, « des caractéristiques personnelles qui ont un effet protecteur contre les comportements violents futurs » (Guay, Robbé, 2017, p. 4). Les « facteurs liés à la motivation », ensuite, concernent « la participation (du patient) à la vie en société » (Guay, Robbé, 2017, p. 4), et visent en particulier sa capacité à envisager un projet de vie. Enfin, les « facteurs externes » sont des « facteurs environnementaux positifs qui offrent une protection extérieure à la personne » (Guay, Robbé, 2017, p. 4). Les deux dernières catégories de facteurs concernent à la fois la vie à l'UPML (« *in* ») et le projet de logement dans une autre structure (« *out* ») – dans le cas de Monsieur Z., il s'agit d'une IHP. À la différence de la précédente échelle, la cotation est chiffrée, allant de 0 (absence de facteurs de protection) à 2 (présence de facteurs de protection).

Le-la criminologue est d'avis que pour l'« attachement sécure dans l'enfance » (*item 2*), « ça a l'air d'être le cas, je mets 2 », ce qui signifie que, selon les connaissances ou les croyances du professionnel, Monsieur Z. a bénéficié d'un cadre familial suffisamment important pendant son enfance. Un peu plus loin, pour l'*item 8*, la « gestion des finances », le-la criminologue me dit n'avoir « aucune idée si [Monsieur Z.] a un administrateur de biens », mais qu'il possède une carte de banque ; « bon, je vais téléphoner à l'assistante sociale pour savoir ». Cette dernière étant occupée, la case reste sans cotation pour l'instant. L'évaluation se poursuit. Le patient reçoit un « 2 » pour ses « objectifs de vie » (*item 11*), le-la criminologue me sourit, « il est bien ce patient, il peut sortir en fait ! ». Pour les « relations intimes » (*item 14*), l'évaluation est un peu plus mitigée. Le professionnel attribue le score « 1 » car Monsieur Z. ne semble pas avoir un partenaire de longue durée, ni une personne de son entourage qui serait physiquement présente à ses côtés ; « on peut mener un entretien, si jamais, pour avoir cette info, mais pour cette question-là, je ne sais pas, faisons un pari »[152]. L'échelle est remplie, le-la criminologue regarde les résultats. Il y a très peu de 0 ; « il a des 2 partout ce Monsieur, c'est assez rare. Beaucoup de voyants sont au vert ».

[152] À noter que les relations intimes et sexuelles sont interdites entre les patients internés au sein des UPML, la présence d'un partenaire extérieur pour des « visites intimes », comme cela peut être le cas en prison, est également interdite. On peut dès lors supposer que chaque patient se verra attribuer un score de 1 ou de 0 pour cet *item* et jamais un 2.

Depuis le début de l'évaluation, d'abord au moyen de la HCR-20, puis de la SAPROF, une vingtaine de minutes se sont écoulées. Le « profil de risque » du patient est créé. « Scorer » une échelle de risque revient donc à faire advenir un profil de risque. Dans le discours que tiennent les professionnels sur les échelles émerge l'idée selon laquelle quand un-e criminologue dit « je parie qu'il est à risque », il-elle réaliserait ce qu'il-elle énonce ; autrement dit, une fois l'échelle de risque complétée, en déclarant que le patient est « à un certain niveau de risque », l'évaluateur-rice lui attribuerait concrètement un certain niveau de risque. La passation d'une échelle aurait donc une portée performative, au sens où la simple énonciation constitue l'action. Mais d'après les observations, la performativité se joue à un autre niveau : la validité de l'instrument se crée au moment où il est utilisé (au moment où l'échelle est « passée »), puis quand les résultats produits sont analysés et présentés de façon schématique et, enfin, quand ils sont publiés (voir *infra*, point 3.).

Pendant nos échanges, les criminologues m'expliquent que le nombre d'*items* de la HCR-20 et de la SAPROF « permet de voir ce qui pose problème dans l'unité et ce qu'on peut travailler avec la personne ». Une fois l'évaluation du risque terminée, les résultats sont « mis en lien avec le futur projet de la personne ». Le profil de risque, dont les différents *items* ou indicateurs des échelles dressent le contour, fait écho aux référentiels de l'autonomie présentés plus haut (point I.). Monsieur Z. est à même d'agir de façon indépendante, de participer aux activités sociales et d'établir des objectifs pour le futur. Il ne rassure toutefois pas suffisamment l'évaluateur-rice quant à sa capacité à « bien » se comporter vis-à-vis de son voisin de chambre, ce qui laisse présager qu'il pourrait à nouveau passer à l'acte. Quand le-la criminologue se réjouit de constater que le patient « est bien », il-elle fait en fait référence à l'autonomie de ce dernier, dont la présence et le niveau sont suffisamment garantis que pour envisager une réinsertion et une sortie de l'unité. L'analyse de l'autonomie en actes a montré qu'un patient autonome présente un faible risque de violence et de récidive. Le « profil de risque » équivaut donc au « profil d'autonomie » qu'il vient, en réalité, formaliser davantage, au sens de lui conférer un langage chiffré, voire schématisé. Partant, une évaluation qui s'appuie sur les outils de mesure du risque que sont les échelles ne produit rien de neuf ou, dans tous les cas, rien que l'évaluation clinique continue et délibérative n'ait déjà mis en avant. « L'échelle, c'est une façade qui structure la pensée », conclue un-e criminologue.

Quel rapport se noue alors entre ces deux approches ? La psychométrie est-elle une menace à l'évaluation clinique, à laquelle elle est si souvent opposée, et qui revêt un caractère essentiellement prudentiel ?

3. Le régime de la prudence plutôt que de la prévision : quand « coter » et « cocher » relèvent du pari

> […] il y a des études qui ont montré qu'à partir du moment où on fait une évaluation clinique sans avoir quelque chose de plus structuré, finalement ce que ça fait c'est que, et c'est normal, les soignants peuvent être fort marqués si la semaine précédente il y a eu un passage à l'acte. On est fort focalisé là-dessus alors que c'est peut-être un événement, mais qu'au cours des deux semaines précédentes, enfin les deux mois précédents, il y avait quand même une évolution en termes d'autonomie ou au niveau du traitement, ou des consommations et donc ces évaluations, ces échelles de jugement clinique structuré permettent d'avoir une vision plus… alors peut-être pas plus objective mais, en tout cas, qui prend en compte plusieurs facteurs sur du plus long terme.
>
> *(Extrait, entretien avec un-e criminologue d'UPML, 14 octobre 2020)*

Le recours aux « échelles de jugement clinique structuré » que sont les échelles de risque vise, selon certains professionnels[153], à rendre plus objective l'évaluation du patient interné, dans le sens où celle-ci est alors plus exacte et exempte des opinions personnelles de l'évaluateur-rice. Dans cette optique, l'évaluation psychométrique, au moyen de chiffres et de schémas, rend plus fiable et plus scientifique l'évaluation clinique, basée essentiellement sur la parole et le discours. Manier les échelles serait donc un moyen de dompter l'incertitude qui plane sur l'évaluation des patients internés et de contrôler l'imprévisibilité des résultats de celle-ci. Or, l'analyse empirique et pragmatique ici mobilisée montre que la façon dont les échelles sont aujourd'hui utilisées à l'UPML considère le caractère incertain et risqué de chaque situation.

Pendant la passation d'une échelle, on décèle, dans le chef du professionnel qui exécute la tâche, le registre de l'« à peu près ». Au moment de passer la HCR-20 et la SAPROF pour Monsieur Z., le-la criminologue emploie régulièrement le conditionnel, soulignant le côté hypothétique de l'activité. Il-elle use également des expressions qui font appel au champ sémantique du « pari » : l'évaluateur-rice hésite et avance à tâtons au fur et à mesure de l'évaluation (« ça a l'air d'être le cas », « je fais le pari », « je ne sais pas trop », « je dirais

[153] Il est important de préciser à ce stade que le recours aux échelles ne fait pas consensus dans les UPML. Si certains acteurs se positionnent fermement en faveur de ce type d'outil, d'autres s'interrogent sur la véritable plus-value de ceux-ci ; d'autres encore ne se prononcent pas sur la question. Je reviens brièvement sur cet aspect dans un instant.

"non" », *etc.*). Il-elle se réfère également à l'avis de ses collègues afin et avant de coter ou de cocher les cases de l'échelle. Que le professionnel s'appuie sur son jugement pour compléter la feuille est difficilement critiquable vu le contexte d'intervention dans lequel l'activité prend place. Comment faire autrement ? Cette façon d'appréhender l'outil traduit l'impossibilité, en fait, d'éliminer l'incertitude, malgré l'ambition de réduire la réalité à un langage statistique et/ou schématisé. On est face à un fort ancrage prudentiel et, pour le dire autrement, à un usage très *prudent* des outils d'évaluation structurés, alors qu'ils sont souvent pointés du doigt comme étant précisément des formes de contournement de la prudence. Toutefois, ce constat n'empêche pas que les professionnels soient confrontés à plusieurs types de difficultés quand ils décident de recourir aux échelles de risque et ce, malgré l'usage prudentiel qu'on peut observer. Si certaines de ces difficultés sont semblables à celles auxquelles doit faire face l'évaluation clinique dite déstructurée, d'autres sont directement importées par la psychométrie. J'y consacre les dernières pages de ce chapitre.

A. L'analyse du résultat des échelles : le pari du discernement

Sur le terrain des UPML, les profils de risque ne sont « validés » que lorsqu'ils sont créés par les criminologues de l'équipe. « Il faut les criminos pour évaluer et interpréter [les échelles de risque], ils sont les seuls formés pour cela. […] C'est leur apport en tant que criminologues pour la psychométrie », insiste un-e psychologue. On peut avancer l'hypothèse que l'utilisation d'échelles de risque est, dès lors, une façon de justifier la présence des criminologues à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique, en ceci que l'évaluation psychométrique du risque accorde une reconnaissance à l'expertise de ces professionnels, qui est celle de pouvoir mesurer, voire prédire, le risque que le patient commette à nouveau un fait infractionnel. Si les échelles tendent à valider la pratique des criminologues, on peut formuler le même argument quant à celle des psychologues ou, à tout le moins, ceux et celles qui revendiquent une expertise et un usage de ces outils. Outils d'aide à l'évaluation des patients, les échelles sont aussi utilisées comme un instrument de légitimation par rapport à d'autre(s) expertise(s), dont certaines sont généralement considérées comme dominantes dans le champ (l'expertise clinique du psychiatre, par exemple).

Cependant, en pratique, la personne qui remplit une échelle de risque n'est pas forcément la personne qui amasse les données de l'échelle, ni celle qui les interprète. Le travail d'évaluation au moyen d'outils psychométriques est divisé. Pendant la passation, le-la criminologue se réfère à l'avis et à l'appréciation de ses collègues afin d'émettre le « bon » jugement qui mènera à la

« bonne » cotation. L'évaluation au moyen d'échelles n'est donc pas une opération individuelle. Si l'évaluateur-rice complète seul-e le document, il-elle n'hésite pas à baser son appréciation sur l'avis du psychiatre pour l'état mental du patient et celui de l'assistante sociale pour la situation financière. Le savoir nécessaire à l'évaluation est donc un savoir partagé bien que l'outil ne soit complété que par une seule paire de mains. L'évaluation est intrinsèquement collégiale et s'appuie sur le jugement des professionnels, celui-ci étant lui-même basé sur des années d'expérience et un apprentissage « en faisant ». En outre, à l'unité A, un-e psychologue, spécialisé-e dans l'évaluation psychométrique et la recherche dans ce domaine détient le monopole de l'interprétation des échelles. Il-elle est responsable de l'analyse des données produites par l'échelle qu'il faut, une fois les feuilles rassemblées, encoder manuellement dans l'ordinateur. La personne, parfois appelée par ses collègues sur le ton de l'humour « Monsieur/Madame échelles », traite les données des échelles par le biais d'opérations statistiques et parfois, par la création d'algorithmes[154]. Il-elle est le-la seul-e à avoir une vue d'ensemble sur la gestion de ces instruments, tant la fréquence à laquelle ils sont censés être remplis que la façon de les compléter et de les analyser, comme l'illustre le bref extrait ci-dessous :

> Un-e psychologue entre dans le bureau des soignants, accompagné-e d'un-e criminologue : « bonjour ! ». J'entends qu'ils discutent des résultats d'une échelle psychométrique.
>
> *Psychologue* :
>
> « Alors ça, tu dois coter, c'est dans le manuel ». (*Le-la criminologue vérifie ses notes.*) « Et ça, c'est sous-estimé de mettre ça comme cotation, [le patient] a été réintégré ici. Il est mis en observation année après année. »
>
> *Criminologue* :
>
> « Ah oui, c'est le niveau historique ici [pour la HCR-20], désolé-e ! C'est un patient que je ne connais pas du tout et les notes n'aident pas vraiment. »
>
> *(JT, unité A, 28 avril 2021)*

[154] L'idée d'une justice qui serait de plus en plus « algorithmique » (Barraud, 2019) fait l'objet de nombreuses discussions dans le champ pénal et académique depuis une dizaine d'années (voy. Harcourt, 2011 ; Barraud, 2019 ; Cartuyvels, Slingeneyer, 2019), alors que le rôle des algorithmes à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique l'est beaucoup moins et, surtout, en ce qui concerne l'évaluation du risque que présente un patient. La littérature scientifique en psychologie et psychiatrie légale, qui détaille la démarche statistique à la base de l'analyse d'une échelle ou qui compare la prévalence d'une variable ou encore la validité prédictive d'un tel instrument est abondante (par exemple, *voy*. Jeandarme, I., Pouls, C., De Laender, J., Oei, T. I. et Bogaerts, S. (2016). Field validity of the HCR–20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychology, Crime & Law*, *23*(4), 305–322. https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1258467). Cependant, elle dit peu de chose sur la façon dont les données sont encodées, comment et par qui, et sur les algorithmes créés à des fins d'analyse par l'ordinateur ; une boite noire qu'il serait nécessaire d'ouvrir dans les années à venir afin de mieux cerner le processus.

Les conditions actuelles de réalisation de l'évaluation structurée du risque, qui dépend d'un très petit nombre de personnes, mettent en avant que les professionnels n'ont pas d'autres choix que de faire le pari que les échelles de risque sont utilisées de bonne foi et avec discernement par les collègues concernés, qui revendiquent une expertise en la matière. Les outils de jugement clinique structuré ne sont pas à l'abri de l'erreur ou de l'arbitraire, à l'instar de l'évaluation clinique, ce qui nuirait au travail prudentiel (Champy, 2012, p. 210).

De plus amples recherches sur cette question sont néanmoins nécessaires car le traitement et l'interprétation des échelles intra-UPML reste une boite noire pour l'observateur et même pour les professionnels qui font passer les échelles. Je n'ai pas eu l'occasion de mener des observations « suspendues » (voir *supra)* sur cette question, mais les entretiens menés auprès des professionnels donnent quelques informations : quand je demande à des infirmières ce qu'il en est du résultats des échelles, leur réponse laisse supposer que le chemin d'une échelle, de sa passation à la réception des données, n'est ni connu, ni véritablement compris par tous : « ah ça je ne sais pas, il faut demander à [un-e psychologue], c'est lui-elle qui s'occupe de ça ! ». Et quand je demande aux criminologues comment sont analysées et interprétées les échelles une fois remplies, ils me renvoient vers le-la même psychologue « pour plus d'explications ».

B. La diffusion du résultat des échelles : un besoin de transparence pour l'équipe, une vitrine pour la psychologie légale

Dans la performance du profil de risque de Monsieur Z. représentée plus haut, le-la criminologue m'explique qu'« il est bien ce patient, il peut sortir en fait ! » et qu'*a priori* « on est dans le *safe* avec lui ! ». Ceci peut laisser entendre que l'échelle ne produirait pas seulement un « profil de risque » mais permettrait aussi de concrétiser une trajectoire pour le patient. En réalité, malgré un résultat « positif » à l'évaluation psychométrique, c'est-à-dire qui tend à présager un faible risque de récidive et de violence, le patient restera hospitalisé à l'UPML le temps de sa libération à l'essai. Si les échelles fabriquent un certain type de patient via la création d'un profil de risque, elles ne créent pas pour autant de perspectives concrètes de libération.

J'ai montré précédemment (voir point I., 2.) que les professionnels n'ont pas de prise sur les décisions de sortie définitive des patients de l'unité. La Chambre de protection sociale est la seule à pouvoir statuer sur la prolongation de la libération à l'essai, sur le changement de ses modalités ou sur l'octroi d'une libération définitive. Malgré cela, en réunion clinique, l'équipe

se prononce quant à la pertinence du projet de sortie d'un patient et rend un avis sur sa capacité à se réinsérer. Quelle place occupent les échelles dans ce processus ? Certains prédisent que « ces nouveaux outils de mesure [les échelles] auront un effet décisif sur la façon dont les stratégies thérapeutiques et la cible même de ces stratégies (le délinquant) seront désormais considérées » (Quirion, 2006, p. 151). L'observation de la pratique de ces outils sur le terrain de l'internement en Belgique et, en particulier, celui de la libération à l'essai à l'hôpital psychiatrique, tempère ce propos, à tout le moins dans l'état actuel de la pratique des échelles de risque au sein des UPML. Comme le montre l'extrait ci-dessous, si les échelles de risque sont parfois mobilisées lors des réunions cliniques, elles n'ont qu'une portée informative.

> Réunion clinique aujourd'hui. Les professionnels abordent la situation de Monsieur G., un patient libéré à l'essai depuis quelques mois à l'unité A. Le psychiatre amorce la discussion : « comment vous le trouvez ? ». Une infirmière répond qu'elle le trouve « assez éteint ». L'infirmière en chef s'étonne de cette réponse : « ah ouais ? Moi il me fait des blagues ! On a bien parlé pendant une demi-heure ». Un-e criminologue intervient et explique à l'équipe le résultat des échelles du patient : « j'ai fait ses échelles cette semaine, il y a beaucoup de facteurs de risque quand même. Il nie le passage à l'acte ». Il-elle cite différents éléments que je note au vol : « paranoïa », « stratégie d'adaptation inappropriée », « il refuse de prendre rendez-vous chez le dentiste », « je le sens moins bien, il n'a plus d'activités ou peu. ». Ses propos sont confirmés par le kinésithérapeute : « oui, on le sent démotivé ».
>
> *(JT, unité A, 23 avril 2021)*

Psychologues et/ou criminologues font parfois référence à la psychométrie pendant les moments de mise en commun afin de donner des éléments supplémentaires sur la situation d'un patient. Il arrive que le-la psychologue en charge de l'évaluation psychométrique affiche le résultat de certaines échelles[155] sur un projecteur, s'en justifiant en notant que « quand en réunion, on affiche ça [les résultats schématisés d'une échelle], on voit vite la direction. […] Cela permet des réflexions qu'on n'a pas à l'œil nu ». Toutefois, la manifestation et les références aux échelles et leurs résultats lors de ces instances délibératives sont loin d'être systématiques : il n'est pas rare qu'aucune échelle ne soit mentionnée lors de ces réunions, or chaque patient fait régulièrement l'objet d'une évaluation au moyen de ces outils. Les résultats sont donc peu diffusés et, à de rares occasions seulement, restitués au reste de l'équipe. Le cas échéant, il est intéressant de constater que les échelles, et les profils produits, ne font pas autorité. L'enquête empirique montre que, lors des réunions d'équipe, les résultats produits par

[155] Ceci ne concerne d'ailleurs pas seulement les échelles de risque, d'autres échelles sont mobilisées, comme la CANFOR vaut pour *Camberwell Assessment of Need : Forensic Version* (voir *supra*).

le remplissage d'une échelle, s'ils sont mentionnés, n'ont jamais retourné une situation ni déterminé la direction d'une décision. À l'occasion d'une réunion clinique à l'unité A, l'équipe discute de la situation de Monsieur Lefebvre. Le-la criminologue avance qu'« il est très antisocial ». À la suite de cette affirmation, nait un bref échange entre un-e psychologue et un-e psychiatre, qui prend avec précaution le diagnostic produit par l'instrument psychométrique. L'extrait souligne également l'enjeu lié à la légitimation de l'expertise « psy », comme expliqué plus haut (voir *supra*) :

> *Psychologue* :
> « Mais le résultat des échelles montre qu'il est très borderline. »
>
> *Psychiatre* :
> « Oui au début de son hospit', j'avais un feeling borderline mais dernièrement avec la phase de mise au travail, il a des traits très antisociaux. »
>
> *Psychologue* :
> « L'un n'empêche pas l'autre. »
>
> *Psychiatre* :
> « On peut en rediscuter ».
>
> *(JT, unité A, 23 avril 2021)*

Les observations démontrent que le résultat d'une échelle de risque n'a pas d'incidence sur l'avis que se font les professionnels sur la trajectoire souhaitée d'un patient de l'unité. Un-e intervenant-e me confie qu'il-elle « n'aime pas trop les échelles », ne les jugeant « pas très objectives ». Il-elle exprime d'ailleurs un certain soulagement quant au fait qu'il n'y ait pas d'implication sur le projet du patient, « heureusement, sinon je serais mal à l'aise ». Les dires du professionnel renforcent l'idée selon laquelle la pratique des outils psychométriques ne fait pas consensus au sein des UPML et qu'une partie de l'équipe entretient un rapport critique à ces outils.

Si l'énorme corpus de données chiffrées produites par la pratique des échelles se veut relativement discret à l'UPML, et ne fait que quelques apparitions ponctuelles lors des réunions cliniques, à quoi sert-il ? Plus qu'un outil de « profilage » des patients internés, l'évaluation psychométrique permet aux professionnels qui la soutiennent de donner une représentation d'un certain type d'expert(ise)s et d'en assurer la promotion à l'extérieur. De cette façon, les professionnels contournent en quelque sorte l'objectif initial de l'évaluation psychométrique (mesurer, gérer et prévenir le risque de récidive des patients), en utilisant les données récoltées à des fins de publications scientifiques. Je l'annonçais en introduction de ce point, la littérature

dans le domaine de la psychologie légale et de la psychométrie est abondante et fait l'objet d'une publicisation importante. Cette entreprise fait apparaitre que l'organisation et la formalisation de l'évaluation des patients à l'aide d'outils qui structurent le jugement permettent aux professionnels de se faire une place dans un champ d'expertise bien délimité.

C. Déclarer un patient à risque : un risque d'immobilisme pour l'action des professionnels

Une dernière difficulté qui s'impose à l'usage prudentiel des échelles concerne directement l'action des professionnels. L'approche prudentielle est conséquentialiste. De fait, agir prudemment ne signifie pas ne pas agir du tout. Au contraire, la prudence appelle l'audace, comme le résument très bien Florent Champy et Marc-Olivier Deplaude : « Face à l'incertitude, l'homme "prudent", loin de se réfugier dans la pusillanimité que cet adjectif peut suggérer, doit savoir agir avec détermination malgré les doutes irréductibles auxquels il fait face quant à la validité respective de diverses actions possibles. Il doit donc accepter de faire des paris […]. C'est en cela que l'audace est une qualité de l'homme prudent. » (Champy, Deplaude, 2015, p. 5). Dans le doute que les situations d'internement génèrent et qui est impossible à lever (le patient va-t-il récidiver un jour ?), l'évaluation psychométrique pourrait amener les professionnels à se ranger du côté de la certitude et donc du *statu quo* et de la non prise de risque.

L'observation de la passation des échelles de Monsieur Z. montre que le professionnel préfère « coter trop sévèrement plutôt que pas assez », ce qui peut entrainer une surévaluation du risque que le patient peut représenter. Ce phénomène est pourtant imputé, dans la littérature émique, à l'évaluation basée sur le « seul jugement du clinicien » qui, « bien que souvent cohérent, était trop souvent basé sur des éléments trop actuels, surévaluait souvent le risque et manquait de systématisation » (De Page, Englebert, 2019, p. 2). Concrètement, en attribuant un niveau de risque plus élevé au patient par crainte de se tromper, l'évaluateur-rice risque de figer le patient dans un statut à partir duquel le travail d'intervention est rendu plus compliqué. Pour le dire autrement, ce raisonnement s'avère être contre-prudentiel car il risque d'immobiliser l'action des professionnels. Si, à chaque cotation, on attribue un niveau minimal ou « partiel » de risque afin d'être certain de ne pas se tromper, la marge de manœuvre pour intervenir auprès de ce patient se réduit considérablement et l'objectif de réinsertion est mis à mal : plus un patient est considéré comme présentant un niveau élevé de risque, moins il est susceptible de sortir et d'être libéré. Cependant, il faut garder à l'esprit que le risque est aussi évalué de manière

relative et « comparée », c'est-à-dire que si l'ensemble des patients finissent avec un niveau moyen de risque suite à l'évaluation par les échelles, le niveau minimum de risque requis pour pouvoir sortir est susceptible de changer en conséquence.

*

Interroger le poids et la place de la psychométrie au sein des UPML donne à voir que le recours à des outils de mesure du risque ne constitue ni une *menace* pour l'évaluation clinique, qui continue à dominer largement, ni une *révolution* de la pratique d'évaluation. Les échelles de risque apparaissent comme une ressource pour les professionnels, plutôt que comme une exigence incontournable. Sur les terrains étudiés, les échelles ne font pas autorité et n'interviennent d'ailleurs pas dans la prise de décision des admissions ou des sorties. Partant, c'est selon un usage *prudentiel* que les échelles de risque se font une place dans la pratique des professionnels et, en particulier, des psychologues et des criminologues.

En matière d'attitude pragmatique face au risque, deux « modèles d'engendrement de prises sur le futur » émergent de la littérature sociologique : on oppose généralement le régime de la prévision, « qui suppose de définir complètement les procédures et les dispositifs en supprimant les sources d'incertitudes exogènes », à celui de la vigilance ou de la prudence, qui « assume complètement la variation et l'incertitude » (Chateauraynaud, 1998, p. 103). Les développements de ce chapitre poussent à placer le curseur au milieu de ces deux pôles : à y regarder de plus près, la tendance va plutôt dans le sens d'une *formalisation de la prudence*, voire d'une *prudentialisation* de l'évaluation formalisée et standardisée. Le regard pragmatique proposé appelle donc à dépasser l'opposition clinique *versus* psychométrique.

De son côté, la littérature du champ soutient l'idée « qu'il est possible et souhaitable de s'approprier l'évaluation [psychométrique] du risque comme un outil qui vient en appui de la démarche clinique, sans concession sur celle-ci » (De Page, Englebert, 2020, p. 339). L'enquête ethnographique va plus loin : plus qu'un mode d'évaluation à part entière, l'usage de la psychométrie, dans ces unités, ne se rapporte pas tant à un soutien à l'évaluation clinique qu'à une *prolongation* de celle-ci sous un autre format – celui des *check lists*, des chiffres et/ou des croix – qui vise, selon ses partisans, à encadrer et à rendre plus intelligible le jugement des professionnels.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Le séjour en UPML est divisé en plusieurs phases. Celles-ci sont élaborées par les professionnels. Ils organisent et structurent leur travail autour de trois ou quatre étapes, en fonction des unités. Ces étapes donnent une place centrale au travail d'évaluation de l'autonomie du patient interné et, à termes, à la préparation et la construction du projet de sortie. En effet, projet et autonomie sont intrinsèquement liés : plus un patient va faire valoir des capacités d'autonomie, plus il sera apte, selon le jugement des professionnels, à envisager un projet de réinsertion. Préparer la sortie est donc conditionné à l'autonomie du patient, mais pas seulement. Dans le contexte de l'internement, qui concerne des personnes qui ont commis un ou plusieurs fait(s) infractionnel(s) d'une certaine gravité, si les capacités d'autonomie du patient sont évaluées tout le long en vue de sa sortie, le risque qu'il représente occupe une place centrale. Cette dimension, indissociable de l'autonomie, se traduit en des termes moraux et comportementaux : le patient réinsérable est capable de distinguer le bien du mal et de fonctionner adéquatement avec les autres.

Les terrains étudiés sont marqués par une évaluation de type clinique, c'est-à-dire basée sur l'observation des patients en situation, dans les murs de l'hôpital. L'évaluation est continue et collective, toujours rapportée lors de réunions d'équipe, dites « réunions cliniques » afin de faire le point et de prendre une décision. Toutefois, ce mode d'évaluation qui prend le temps d'apprécier les « cas », inhérent aux pratiques prudentielles, est remis en question par certains acteurs : on dénonce la place laissée au jugement des professionnels, dit « déstructuré » ou trop subjectif et on reproche le temps alloué à l'évaluation. Comment savoir si le patient qu'on admet va correspondre au cadre ? Et comment être sûr que le patient qu'on laisse sortir va correctement se réinsérer et, surtout, ne pas récidiver ? La réponse à ces questions demeure toujours incertaine.

Face à cela, des tentatives pour dompter l'incertitude émergent, notamment sur le terrain des UPML, pris dans un cadre matériel plus contraignant que l'équipe mobile TSI, et soumis à une temporalité d'intervention plus stricte : tout le monde doit à un moment donné sortir de l'unité, mais il n'est pas possible de faire sortir n'importe qui, car le patient réinsérable doit présenter un certain degré d'autonomie. Comment garantir une « bonne » évaluation de l'autonomie, du risque et du projet de sortie en augmentant le niveau de certitude des décisions et en réduisant, si possible, le (temps de) travail des professionnels ? Les outils d'évaluation psychométriques,

communément appelés les « échelles », qui ambitionnent d'évaluer plus rapidement et de façon plus objective les risques et les besoins du patient interné, apparaissent comme une tentative pour rassurer dans un contexte très incertain. Néanmoins, les pratiques d'évaluation observées sur le terrain invitent à penser l'évaluation clinique et psychométrique dans la continuité, parfois se complétant l'une l'autre, parfois distancée, plutôt que dans un rapport antagoniste et normatif (qui consisterait à opposer la bonne *versus* la mauvaise façon d'évaluer). La réalité du terrain témoigne d'une coexistence de ces types d'expertise, plutôt que d'une opposition radicale ; symptomatique de pratiques en mutation.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

La deuxième partie revient sur deux moments charnières du passage par une UPML : l'entrée et la sortie. Le chapitre 3 insiste sur la dimension prospective de l'évaluation des candidats-patients, en ceci qu'elle est tournée vers l'après, gardant en vue l'objectif principal qui est la sortie de la personne de la mesure d'internement. Ceci fait directement écho au projet de réinsertion à évaluer et à mettre en place pendant le séjour à l'UPML, comme mis en avant dans le chapitre 4. Le raisonnement proposé dans ces chapitres donne quelques éléments de réponse aux questions initiales de la thèse : le patient *idéal* est suffisamment autonome, et cette autonomie se mesure à l'aune de trois référentiels de l'autonomie en actes, à savoir la capacité d'agir de manière indépendante, de socialiser et d'être responsable, ce dernier élément étant compris dans un sens moral. Ensemble, ces référentiels forment les exigences et les attentes des professionnels à l'égard des patients internés, qui se concrétisent dans la construction d'un projet de sortie suffisamment ambitieux, réalisable et rassurant. On observe des attentes similaires dans la pratique de l'équipe mobile TSI.

Les criminologues et les psychologues occupent une place dominante dans ces évaluations. Gestionnaires des candidatures ou responsables des outils psychométriques, ils tentent de s'imposer dans un champ essentiellement « psychiatrique », légitimant une expertise qui leur est propre. Cet enjeu de légitimation professionnelle est sans doute plus saillant dans la pratique des échelles de risque que dans le traitement des admissions. En effet, les instruments de mesure du risque, dont l'ambition est de rendre visible des choses qui se trouveraient « cachées » à l'intérieur du patient, font advenir un « profil de risque », mais participent également à la création d'experts sur la question du risque. Ceux-ci détiendraient une certaine « vérité » sur le patient qui, de son côté, ne peut pas dire grand-chose de cette évaluation, ni en retirer quelque chose, car il est rarement au courant qu'elle a eu lieu.

Après avoir compris ce qu'on attendait d'un patient interné dans la perspective de sa réinsertion, il reste à savoir comment ces attentes sont façonnées et opérationnalisées en pratique. La partie suivante s'empare de la question du *comment faire*, en prenant le parti des interventions : comment les professionnels tentent-ils de rendre un patient suffisamment autonome, c'est-à-dire d'amener un patient fraichement admis vers la fin du séjour ? Prise dans une temporalité limitée, l'intervention des professionnels, qui prend la forme d'un travail d'autonomie, est mise en tension. Afin d'ajuster l'autonomie des patients aux attentes sociales,

les professionnels usent de formes graduées de contrainte, qu'il est pertinent de décrire et de contextualiser. Et dans certaines situations, la tension prend une telle ampleur qu'elle risque d'abîmer le savoir-faire professionnel et d'épuiser les intervenants. Pour (re)trouver du sens dans ce qu'ils font, ceux-ci regardent le travail réalisé ou en train de s'accomplir afin de l'évaluer et, parfois, de l'améliorer. Mais cette posture critique des professionnels sur l'intervention rencontre certaines limites.

TROISIEME PARTIE

RENDRE AUTONOME : DES PRATIQUES D'INTERVENTION ET L'INTERVENTION EN QUESTION

Chapitre 5. Travailler l'autonomie : des pratiques de contrainte et la contrainte des pratiques

Chapitre 6. Éprouver le travail d'autonomie, protéger l'intervention : enjeux de réflexivité professionnelle

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE

Guillaume, psychiatre :
« Monsieur Desmet ? »

Nathan, psychologue :
« Il est inscrit pour les sorties. C'est difficile pour ce patient : il y a des changements d'une heure à l'autre, il reste très envahissant. Je ne sais jamais comment il faut l'aborder. »

Thomas, kinésithérapeute :
« Moi en activité, j'ai dit "Monsieur" et il m'a dit "non, moi c'est Bruce". »

Un *infirmier* réagit :
« Oui au parc de [ville], je l'ai une fois appelé "Alex" et il a hurlé dans tout le parc. »

Nathan, psychologue :
« Mais je ne pensais pas qu'il taperait quelqu'un. Il dit qu'il s'appelle Bruce Wayne. »

Thomas, kinésithérapeute :
« Et tous les autres patients l'appellent Bruce. »

Nathan, psychologue :
« Ça, c'est une mauvaise idée, c'est "Monsieur Desmet" ! »

Guillaume, psychiatre :
« C'est trop ancré, c'est difficile de travailler au niveau thérapeutique. Il est venu me trouver car sa compagne a trouvé une candidature pour un appartement. »

Barbara, psychologue :
« Non, c'est une IHP. »

Guillaume, psychiatre :
« Ah tiens, mais on n'est pas encore en projet de sortie. »

Éléonore, ergothérapeute :
« Il veut des enfants. »

Nathan, psychologue :
« Bruce n'a pas d'enfants. » [Rire]

Fanny, psychologue :
« Et au niveau de sa médication ? »

Guillaume, psychiatre :
« Au niveau de la conscience morbide, il a des angoisses. On peut en parler, je discute via cet angle-là. Faut voir quels sont les objectifs ? Il n'est pas au clair avec les faits commis, qu'ils sont délictueux. Il ne peut pas agir par rapport à tout ce qu'il pense. Bon ça ok, c'est sa liberté individuelle donc je l'aborde sous l'angle de l'anxiété, du passage à l'acte. ». Le psychiatre s'adresse à Thomas : « s'il ne bouge pas d'un iota, tu peux te présenter comme un psychiatre ! » [Rire]

(JT, unité A, 5 mars 2021)

La discussion relatée ci-dessus tourne autour du souhait de Monsieur Desmet, un patient interné à l'unité A, d'être appelé Bruce, pour Bruce Wayne comme dans *Batman*. L'idée est tolérée par certains tandis que Nathan, psychologue, ne voit pas cela d'un bon œil, rappelant à l'équipe que

« son nom, c'est Alex Desmet » et qu'il doit donc être appelé ainsi. Dans l'échange, les professionnels réfléchissent à la meilleur façon d'« aborder » le patient. Une des stratégies proposées, énoncée par le psychiatre, est d'approcher le patient sous l'angle du passage à l'acte, jugeant que le faire prendre conscience du caractère délictueux des faits qu'il a commis est pertinent pour le travail thérapeutique. Le travail de l'autonomie-responsabilité est mis au premier plan. L'intervention auprès de Monsieur Desmet est cependant jugée « difficile » par les professionnels car il a des changements d'humeur et est « envahissant ». La remarque émane d'ailleurs des professionnels qui interagissent directement avec le patient, c'est-à-dire « en salle » (l'équipe de première ligne, ainsi que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, selon les unités).

Les professionnels des UPML savent pertinemment comment prendre en charge une personne internée. Ils performent une série d'actions à répétition qu'ils ont appris à exécuter pendant leurs études et leurs différents stages professionnels ou grâce à une longue expérience du métier. Chacun s'adonne à sa tâche au fur et à mesure des heures et des journées qui passent. Comme l'indique les brochures des unités : l'objectif principal du passage par ce lieu est de permettre au patient interné de se réinsérer. Pour ce faire, on l'a vu, d'activités sont mises en place en vue d'évaluer l'autonomie mais aussi de la « travailler ». La prise en charge est cependant loin d'être linéaire et sans embûches. Le quotidien est ponctué de « rechutes » qui poussent les professionnels à recommencer, à essayer autrement et, quand c'est nécessaire, à réadapter leurs façons de procéder. Intervenir auprès d'un patient interné qui n'a pas vraiment choisi d'être là, au regard des conditions sociales qui pèsent et orientent la façon de travailler, est un exercice extrêmement complexe. La troisième partie se concentre sur l'intervention des professionnels, qui consiste à rendre le patient suffisamment autonome. L'analyse joue sur deux niveaux, répartis dans deux chapitres distincts.

Le chapitre 5 examine les capacités pragmatiques des professionnels, inventoriant les différents modes d'intervention qui existent sur les terrains étudiés. Les patients ne sont pas toujours volontaires et partisans du travail qui est fait *sur* ou *pour* leur autonomie, les professionnels usent alors de degrés variés de contrainte afin de tenter de les convaincre et de transformer réellement leurs capacités. Les registres d'action ne sont pas les mêmes qu'on agisse en résidentiel à l'UPML ou en ambulatoire à l'équipe mobile TSI. Et certaines façons de faire font ressortir la rationalité hybride entre soin et sécurité qui fonde la mesure d'internement. Adoptant

une perspective microsociologique, l'analyse met néanmoins en exergue que le contexte social dans lequel s'actualisent ces interventions pèse énormément sur les pratiques de contrainte.

Le chapitre 6 prend un peu de hauteur vis-à-vis de ces pratiques et des situations qu'elles créent, s'intéressant à la façon dont celles-ci sont qualifiées, questionnées et évaluées, non pas par des instances externes ni par la sociologue qui observe, mais par les professionnels eux-mêmes. À partir d'exemples de situations extrêmement difficiles à gérer, liées notamment à l'autonomie « mal ajustée » d'un patient, le dernier volet de la thèse revient sur les épreuves du travail d'autonomie et interroge les façons dont les professionnels réfléchissent à ce qu'ils font afin, notamment, de (re)trouver du sens dans l'intervention et de s'en sortir indemnes. La perspective choisie se décale par rapport à ce dont j'ai pu traiter précédemment : l'intérêt porte ici sur l'évaluation que font les équipes de leur propre travail plutôt que sur l'évaluation qu'elles font (de l'autonomie) des patients.

CHAPITRE 5

TRAVAILLER L'AUTONOMIE : DES PRATIQUES DE CONTRAINTE ET LA CONTRAINTE DES PRATIQUES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 5

Installée dans le bureau des soignants, j'aperçois Monsieur Lefebvre, un patient. Il semble contrarié. Il arrive dans le bureau et se plaint à Samy, infirmier, qu'il a « vraiment très mal » à une dent. Une prise en charge directe semble compromise car Samy lui rétorque que « ce n'est pas simple d'avoir un rendez-vous chez le dentiste si rapidement ». L'échange se poursuit, le ton monte.

Monsieur Lefebvre, patient :

« Je te jure, je vais l'arracher moi-même [la dent] ! »

Samy, infirmier :

« Tu vas avoir une grosse infection si tu fais ça. »

Monsieur Lefebvre, patient, sur un ton très agressif :

« J'aimerais bien que ça t'arrive, tu verras ce que ça fait ! On est enfermés comme des sardines ici, et le bordel, c'est le liquide entre les sardines. »

Il prend une chaise du bureau et s'installe près de moi. Samy lui demande de se lever « non, tu ne t'installes pas ici ». Finalement, Monsieur Lefebvre s'en va, son pantalon lui tombant quasiment sur les genoux ; « ton pantalon ! », lance une stagiaire qui passe par là.

Aussitôt, Monsieur Lefebvre réapparait dans l'embrasure de la porte : « je peux avoir un bon d'argent ? »

Samy, infirmier :

« On ne pourra pas t'accompagner aujourd'hui [à l'extérieur de l'unité], ni ce week-end, on n'est pas assez nombreux. Si on pouvait, on le ferait. »

Monsieur Lefebvre, patient :

« Oui mais tout ça, ça s'accumule ! »

Samy, infirmier :

« Bon, vous êtes un peu responsable aussi. »

Monsieur Lefebvre, patient :

« Vous avez peur de quoi ? Que je me perde ? Que je boive de l'alcool ? Ou que j'arrive 10 minutes trop tard ? ».

Fâché, il retourne dans le couloir principal de l'unité.

(JT, unité A, 19 mars 2021)

La scène représentée ci-dessus est assez commune au sein des UPML. Les échanges entre un patient et un professionnel – ici, un soignant – reposent souvent sur la gestion des demandes et/ou des plaintes formulées par le patient et les réponses apportées par le professionnel. Et, comme le montre l'extrait, ces réponses ne vont pas toujours dans le sens du patient : sa volonté de réaliser certaines activités est souvent contrecarrée. Néanmoins, ce qu'on peut qualifier de formes de contrainte et d'entrave à l'autonomie et à la liberté du patient n'est jamais détaché du contexte social dans lequel prend place l'intervention. Samy, qui ne fait pas grand cas du

mal de dent de Monsieur Lefebvre, est lui aussi soumis à des contraintes institutionnelles et organisationnelles qui peuvent gêner sa marge de manœuvre, essentielle au bon déroulement de son travail. Dans l'extrait, l'infirmier évoque le manque de personnel présent en salle aujourd'hui (« on n'est pas assez nombreux »), soulignant qu'un nombre minimal effectif de soignants permettrait de faire ou de laisser faire au patient plus de choses (« si on pouvait, on le ferait »). Ce constat ne vise pas à excuser les formes de pression exercée sur le patient mais à les expliquer et à les contextualiser, donnant ainsi des indications sur le fonctionnement interne des unités.

L'intervention des unités psychiatriques médico-légales consiste à rendre le patient suffisamment autonome pour le préparer à poursuivre une libération à l'essai en dehors de l'hôpital. La deuxième partie de la thèse a montré ce qu' « être autonome » signifie pour les professionnels (une combinaison de trois référentiels : l'autonomie-indépendance, l'autonomie-socialisation et l'autonomie-responsabilité), mettant ainsi en évidence l'objectif de l'intervention, c'est-à-dire à la fois ce vers quoi les professionnels essayent d'amener le patient et aussi ce qui est perçu, selon eux, comme « l'idéal » à atteindre dans la perspective d'une réinsertion sociale réussie. Cependant, des tensions apparaissent quand l'autonomie dont le patient fait preuve ne correspond pas à celle attendue par les professionnels. Ces derniers vont alors entreprendre tout un travail d'ajustement de l'autonomie du patient au cadre normatif de l'intervention ; normatif étant ici à comprendre au sens où le cadre est fait de règles et de principes élaborés sur la base du jugement des professionnels, qui définissent ce qui « constitue une façon normale, ou acceptable, de vivre » (Velpry, 2008, p. 197). Pour ce faire, ils ont recours à différents modes d'action, faisant appel à un niveau de contrainte plus ou moins élevé. Ce chapitre vise à mettre au jour les pratiques de contrainte qui caractérisent le travail d'autonomie et de préparation à la réinsertion, tout en faisant apparaitre le contexte (parfois) contraignant dans lequel ces pratiques prennent place.

Concrètement, je me place ici *à côté* des professionnels pendant leurs interventions et leurs interactions avec les patients, analysant pragmatiquement ce qu'ils font. L'intervention auprès d'un patient est un processus qui s'étale dans le temps et qui est constitué d'innombrables interactions « face à face » entre au moins un professionnel et un patient. Ces interactions peuvent se produire à huis clos, lors d'une consultation, ou à la vue de tous, tant devant les autres patients de l'unité que devant les autres professionnels, qui peuvent y prendre part pour agir en renfort ou simplement servir de témoin. C'est vers cette deuxième catégorie

d'interventions, ponctuelles et imprévisibles, que s'est tournée l'observation ethnographique. L'intérêt porté sur l'immédiateté et la spontanéité des gestes et des paroles entre les professionnels et les patients (« le feu de l'action ») se justifie par un objectif de description fine des différentes façons d'agir qui, si elles sont plus discrètes et plus subtiles, sont néanmoins au cœur des pratiques. Naturellement, le compte-rendu de ces pratiques en réunion d'équipe constitue aussi une partie du matériel empirique de ce chapitre.

La façon dont les unités sont organisées, au moyen d'horaires stricts et de règles, est une première étape pour façonner l'autonomie du patient et le faire agir d'une certaine façon. Comme pour l'évaluation de l'autonomie (voir le chapitre 4), la prudence, bien qu'essentielle à l'intervention des professionnels, en raison de la singularité et de la complexité des situations qu'ils sont amenés à gérer, est parfois mise à mal par la rigidité du cadre (I.). Tout au long du séjour, les professionnels vont adapter leur façon d'intervenir en fonction des capacités d'autonomie du patient, ayant recours à des techniques spécifiques de contrainte pour influencer l'action de ces derniers et stimuler leur autonomie. Je replace celles-ci sur le « continuum de la contrainte » élaboré par Lovell (1996), en les mettant en tension avec l'intervention de l'équipe mobile TSI. Et je montre que ces pratiques s'inscrivent elles-mêmes dans un réseau de contraintes sociales, qui joue parfois un rôle déterminant (II.). Enfin, je m'attache à analyser plus en détail un mode d'action propre aux UPML, qui fait intervenir un niveau plus élevé de contrainte dans le travail d'autonomie : le recours à la sanction. Motivés par un argument sécuritaire, la sanction et le processus d'enquête qui la précède, cherchent à responsabiliser le patient interné, transformant les professionnels de la santé mentale en agents du champ pénal (III.).

I. Faire adhérer au cadre : entre normalisation et accommodation

17h. C'est l'heure de la distribution des médicaments (la 3ème de la journée). Je le sais au vu du nombre de patients qui s'agglutinent devant le bureau des soignants. Ils sont sept. Lucie, infirmière en charge aujourd'hui de la distribution, s'adresse aux patients sur un ton un peu embêté : « je suis un peu en retard, désolée, vous voulez bien patienter 10 minutes ? ». Pendant ce temps, Kaoutar, infirmière également, prend les paramètres Covid. La file des patients s'agrandit, ils sont douze à présent. Certains s'impatientent un peu mais l'ambiance reste assez bonne. Assise face au chariot à médicaments, Lucie compte chaque pilule et les place dans les différents compartiments, qui correspondent, chacun, à un patient de l'unité. La distribution commence.

17h50. Paul, un patient, arrive au bureau des soignants : « Lucie, c'est possible de prendre un bain ? »
Lucie : « Mmm il est un peu tôt, non ? Mais c'est une bonne idée cela dit. »
Paul : « Oui mais, comme ça, j'évite que ça ne déborde. »
Lucie : « Que ça ne déborde ? Tu veux dire, à l'intérieur de toi ? »
Paul : « Oui. »
Lucie se tourne vers ses collègues, Kaoutar et Madeleine, aide-soignante : « c'est ok pour vous ? » ; « oui, bien sûr ! », répondent-elles en cœur. Paul s'en va en direction de la « salle baignoire » accompagné de Kaoutar ; j'entends la baignoire se remplir. Aslan, un autre patient, arrive à son tour au bureau des soignants, il respire lourdement. Articulant tant bien que mal, il demande une cigarette. Madeleine ouvre le « tiroir réservé aux affaires personnelles des patients », prend une cigarette dans un paquet déjà ouvert et la lui tend. Quelques minutes plus tard, Madeleine demande à Kaoutar si « Monsieur N [un autre patient] est bien sorti aujourd'hui, entre 15h et 16h ? » car elle ne voit pas de « bon *tracing* ». Kaoutar confirme qu'il est en effet bien sorti et bien rentré.

18h20. Paul est sorti du bain. Je l'aperçois dans le couloir, il porte un polo tout neuf. Aslan réapparait dans l'embrasure de la porte du bureau, il demande à nouveau une cigarette. Madeleine lui rétorque que « normalement, c'est une par heure et là, ça ne fait qu'une demi-heure ». Elle hésite mais finit par lui donner une deuxième cigarette, « la prochaine, ce sera à 20h ! ». Soudain, la sonnerie du téléphone retentit. Il s'agit d'un appel pour Ludovic, patient également. Une des infirmières transfère l'appel vers le « téléphone des patients » qui se trouve dans le couloir principal de l'unité et prévient le patient en question. Ludovic parle très fort, sa voix résonne dans toute l'unité. Lucie s'étonne auprès de ses collègues : « il n'a plus de GSM, Ludo ? Et sa montre connectée ? » ; Madeleine sourit : « ah ça, je ne sais pas ! ».

18h50. Paul revient au bureau. « Alors, ça t'a fait du bien le bain ? », lui demande Lucie. « Ça aurait pu être une douche », répond Paul, l'air un peu blasé. On sourit. Paul demande s'il peut avoir un sandwich pour « mettre de la sauce ». Lucie lui rappelle gentiment qu'« on mange dans 10 minutes ». Un peu déçu, Paul repart bredouille et lance : « un sandwich sans sauce, ce n'est pas un vrai sandwich ! ». Dans le bureau, on ne peut s'empêcher de rire un peu de sa remarque.

> **19h**. La distribution du repas du soir est sur le point de commencer. Kaoutar ferme les chambres des patients une à une, ces derniers font la queue près de la cuisine. Au menu, des tartines et des fruits.
>
> *(JT, unité A, 19 avril 2021)*

La longueur de l'extrait permet de mettre en évidence le quotidien très régulé et minuté des UPML ; tel un script qui reprend le découpage des tâches et des activités et qui, chaque jour, se répète. Une fois admis, les patients entrent dans un système institutionnel, fait de règles, d'horaires et de principes stricts, que j'appellerai le « cadre », et doivent se soumettre à l'autorité des professionnels. Très vite, tous les aspects de leur vie quotidienne (alimentation, hygiène, santé mentale et somatique, consommation de substances actives, relations affectives et sexuelles, *etc*.) sont contrôlés par l'équipe (Brodwin, 2013), dont le travail est également encadré par ces mêmes règles et horaires : chacun est censé savoir quoi faire et quand, et en vertu de quel principe. Cependant, la formalisation de l'ordinaire confère un caractère abstrait aux règles, ce qui rend parfois difficile leur application et ce, d'autant plus dans un contexte où les situations auxquelles les professionnels sont confrontés revêtent un caractère unique et *extra-ordinaire* (Champy, 2012), ce qui nécessite un certain degré d'accommodation.

Le rappel continu des règles et des principes, qui régissent la vie à l'unité est, non seulement, une façon pour l'équipe de contourner l'incertitude liée à l'application de ceux-ci, mais constitue aussi une stratégie initiale du travail d'autonomie : l'adhésion au cadre (1.). Les soignants, principaux opérateurs de l'intervention, tentent d'assouplir le cadre quand ils le jugent pertinent, bien qu'ils ne disposent pas d'une grande marge de manœuvre (2.).

1. « Normalement, c'est une cigarette par heure » : le rappel continu des règles

La plupart des règles qui gouvernent la vie au sein de l'unité sont énoncées dans le règlement d'ordre intérieur. Le patient en reçoit une copie dès le début de son séjour. Est visée, par exemple, l'interdiction de consommer de l'alcool et de la drogue (voir *infra,* point III.) ou d'avoir des relations sexuelles. Certaines de ces règles sont ostensiblement affichées dans l'unité : des pancartes « interdiction de fumer » sont placardées sur la porte des chambres des patients. Il existe d'autres règles dont il n'est cependant pas toujours évident de retracer la source écrite. Ceci n'empêche pas qu'elles soient toutefois rapidement connues de tous, y compris de la sociologue qui observe, car elles sont continuellement énoncées et rappelées lors d'interactions soignants-soignés ou entre professionnels pendant les réunions d'équipe. Comme l'énonce Florent Champy, les règles non formalisées ne sont pas moins effectives : « la norme

existe si elle guide les comportements et que l'enfreindre suscite des manifestations de désapprobation, sous une forme ou une autre » (2020, p. 20).

Par exemple, les permissions de sortie sont contrôlées au moyen du principe « une sortie = un but », qui prévoit que les sorties autorisées des patients visent à chaque fois un seul objectif. Ce principe force le patient à devoir justifier à l'oral ses actions en ceci qu'il doit motiver la demande de sortie et en expliquer le principal motif (par exemple, une visite familiale, un rendez-vous médical, la réalisation d'un bénévolat, *etc*.). À l'occasion d'une remise de service à l'unité A, l'infirmière en chef fait le point sur la situation d'un patient : « c'est vraiment difficile de le structurer, il s'inscrit le dimanche pour toutes ses sorties de la semaine et le lundi il a déjà tout changé ». Aline, criminologue, présente à la réunion, explique que, pour ce patient, il y avait déjà eu « une tentative d'appliquer le principe une sortie = un but », rappelant ainsi à ses collègues que c'est la règle que l'équipe s'est donnée afin de « structurer » le patient *(JT, unité A, 23 avril 2021)*.

Ces moments formels ou informels de discussion permettent aux professionnels d'actualiser les règles de l'unité au fur et à mesure et de les adapter, voire d'en créer de nouvelles, en fonction des patients qu'ils accueillent. Un autre exemple concerne le principe qui entoure la régulation de la consommation de tabac : « une cigarette par heure ». Cette règle non-écrite a été mise en place, m'explique une infirmière, après avoir observé que certains patients ne savaient « pas gérer » ; c'est le cas de Monsieur N. qui, sans ce type de limite, « fumerait plusieurs paquets par jour ». La création d'une règle est souvent le résultat d'un « dysfonctionnement » qu'il faut pallier (Champy, 2020, p. 22) : un patient sort sans raison, un patient fume beaucoup trop, *etc*. Dans ce cas-ci, la règle n'est pas universelle, ne s'appliquant pas à tous les patients, bien que sa portée ne soit pas clairement définie (Sur la base de quels critères, un patient est-il considéré comme ne sachant « pas gérer » ? Combien de cigarettes par jour sont-elles acceptées ?). La pertinence d'une règle est évaluée au fur et à mesure des situations à traiter et est, en réalité, un processus sans fin : de nouvelles règles engendreront de nouveaux problèmes à gérer, et ainsi de suite (Champy, 2020, p. 22).

Il est impossible de savoir à l'avance si l'intervention va fonctionner, si le patient va adhérer au cadre et devenir suffisamment autonome dans le temps imparti, les séjours ne pouvant pas s'éterniser. En rappelant continûment et à voix haute les règles, les professionnels tentent de diminuer la part d'incertitude liée à l'application de celles-ci, sans jamais la faire disparaitre totalement. En outre, ils opèrent par là un premier amorçage du travail d'autonomie. Le patient

est averti de l'existence d'un cadre qu'il doit impérativement respecter et, à force d'énonciations et de répétitions, les professionnels espèrent ainsi faire intérioriser le cadre afin que le patient fasse siennes les normes de l'unité. On l'a vu dans le chapitre 4, le patient autonome idéal est celui à qui il ne faut plus inculquer les principes et les règles de base, mais est celui qui les a intégrés, au point d'y adhérer (par exemple, le patient qui vient de lui-même chercher son médicament à l'heure et à l'endroit prévu, sans rappel ou incitation).

De surcroit, la répétition continue des règles est aussi une manière pour les professionnels de légitimer leurs actions. Dans l'extrait en introduction de ce point, quand l'aide-soignante hésite à donner une cigarette à Aslan et qu'elle lui explique que « normalement, c'est une par heure », elle tente de justifier son hésitation et de faire comprendre au patient que cette entrave temporaire à sa volonté n'est pas due à une décision arbitraire (imaginons que l'aide-soignante n'apprécie guère le patient), mais est encadrée par une procédure établie au préalable et à laquelle il est censé se rallier. Le soignant de première ligne est à la fois l'opérateur et le garant du cadre.

2. Jouer avec les minutes : des soignants pragmatiques

Au quotidien, les patients formulent des demandes qui sortent du cadre établi, comme Paul, dans l'extrait ci-dessus, qui souhaite prendre un bain avant l'heure habituelle. Face à cela, l'équipe soignante va opérer un travail d'appréciation de la situation, oscillant entre une application stricte du règlement et une accommodation de celui-ci, s'adaptant aux *desiderata* du patient. Ce genre de décision, prise très rapidement, est souvent collective : quand Lucie, infirmière, est interpellée par Paul qui veut prendre un bain, elle s'en réfère à l'avis de ses collègues avant de trancher (« c'est ok pour vous ? »). Si les collègues s'accordent entre eux et si l'écart entre la demande et la norme n'est ni trop grand, ni trop risqué, il n'existe aucune raison de refuser. D'ailleurs, la prise d'initiative chez un patient est souvent perçue d'un bon œil (« c'est une bonne idée cela dit ») et, gage d'une certaine autonomie, cela va peser dans l'évaluation de la décision d'un assouplissement du cadre. Il n'est en effet pas attendu que les patients adhèrent passivement au cadre, des micro-confrontations envers ce dernier sont tolérées, voire même évaluées positivement. Les professionnels font preuve d'une certaine souplesse autorisant parfois certaines dérogations. Devenir suffisamment autonome ne signifie pas (toujours) appliquer une règle aveuglément.

Dans d'autres cas, face à une demande d'entorse à la règle, le soignant peut se saisir du moment comme une opportunité pour rappeler les principes, avant de s'y tenir ou d'y céder. Suite à la requête d'Aslan, d'obtenir une énième cigarette, Madeleine en profite pour rappeler la règle en la matière et dans quelle mesure le patient est en train d'enfreindre cette règle (« normalement, c'est une par heure et là, ça ne fait qu'une demi-heure »). Elle finit par accepter, avertissant tout de même le patient qu'il n'y aura plus d'exception (« la prochaine, ce sera à 20h ! »).

Les heures de vie comme de travail sont réglementées à l'unité. Les soignants, principaux opérateurs du cadre, sont les plus soumis aux horaires des différentes tâches à exécuter. La distribution des médicaments, qui a lieu trois fois par jour, ne peut pas avoir lieu en même temps que la remise de service, lors de laquelle deux *shifts* de soignants se croisent (voir le chapitre 2). Ayant peu de prise sur le cadre, qu'ils ne sont pas en mesure de réformer, les soignants disposent d'une modeste marge de manœuvre qui revient à jouer avec les minutes, ce qui les force parfois à travailler à contre-courant de ce qu'ils considèrent être une bonne façon de procéder. Un patient est déjà prêt pour sa sortie de l'après-midi. Il demande à quitter l'unité à 13h55, or les sorties de l'après-midi ne commencent qu'à 14h. Une infirmière le somme d'attendre. Sa collège, Chantal, infirmière également, tente de négocier l'affaire : « pour cinq minutes, peut-être que c'est bon ? », accordant ce « petit » privilège au patient ; mais quand Paul demande s'il peut avoir un sandwich, Lucie lui rappelle qu'il est un peu à l'avance sur l'heure du repas (« on mange dans 10 minutes ») et refuse sa demande. Les accommodations du cadre s'apprécient au cas par cas.

Forcés de travailler avec et dans un cadre plutôt rigide, les soignants adoptent une posture relativement pragmatique, au sens d'éprouver les règles au fur et à mesure des situations qui se présentent à eux et malgré un pouvoir d'action restreint. Ce faisant, ils tentent de faire tenir ensemble un certain niveau de cadrage standardisé et une adaptation aux singularités, ce que Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet appellent « l'auto-mandat » (2018, p. 81). Un exemple parlant de ce pragmatisme est la question de la régulation des relations sexuelles entre les patients. L'interdiction est formelle et inscrite au règlement. Toutefois, dès la suspicion de la formation d'un couple à l'unité, les soignants tolèrent l'activité, tout en gardant un œil sur son évolution. À la moindre mise en danger d'un des deux membres du couple, ou de la sécurité des autres patients, le rappel de la règle reprend dans une tentative de rétablir le cadre. Dans le dernier chapitre, on verra qu'à côté d'un certain pragmatisme, les professionnels sont aussi, dans une certaine mesure, réflexifs et critiques quant à leur pratique (voir le chapitre 6).

Dès l'arrivée à l'UPML, l'imposition du cadre et l'intériorisation des règles est une première manière d'intervenir sur le comportement du patient, tentant de le faire entrer dans un moule. Toutefois, les horaires et les règles qui valent pour tous ne suffisent généralement pas à faire assimiler au patient ce qu'on attend de lui. La *prudence,* qualité intrinsèque de ce type d'intervention fondée sur un travail délibératif (Champy, 2012), nécessite de prendre en compte la diversité des cas et de s'y adapter. Les professionnels mobilisent alors d'autres stratégies pour amener le patient dans la « bonne » direction (celle de l'autonomie attendue et de la réinsertion), usant graduellement d'autres modes d'intervention dans le but d'agir sur la volonté du patient et d'infléchir le sens de son action. Je développe ceci dans le point suivant.

II. Ajuster l'autonomie : des usages gradués de la contrainte

> Il est 8h50, je viens d'arriver à l'unité A. J'aperçois Ali, un patient, qui arrive en pyjama dans le bureau des soignants. Il voudrait son « bon d'argent » en prévision de sa sortie autorisée. Une infirmière lui dit qu'il doit d'abord s'habiller et qu'il pourra ensuite sortir à 9h30.
>
> *(JT, unité A, 12 novembre 2021)*

Ali a compris qu'il a besoin d'un peu d'argent pour vaquer à ses occupations en dehors de l'unité. Il sait aussi où et quand réclamer cet argent : au bureau des soignants, un peu avant l'heure prévue pour sa sortie. Or, éveillé depuis plus d'une heure au moment de l'échange avec l'infirmière, Ali est encore en pyjama et ne semble pas avoir assimilé que les professionnels exigent de lui une tenue suffisamment correcte tout au long de la journée et, à coup sûr, lorsqu'une sortie est programmée. Afin de lui rappeler ce qui est attendu de lui et l'inciter à s'habiller, l'infirmière utilise comme levier la promesse de ressources désirées (une sortie à l'extérieur ; de l'argent). Elle opère ainsi un travail d'ajustement de l'autonomie du patient aux attentes de l'intervention, c'est-à-dire qu'elle va adapter son action au degré de capacité et d'autonomie qu'elle attribue au patient. En effet, plus un patient est autonome, selon les critères des professionnels, et moins ces derniers auront recours à la contrainte. Dans ce deuxième point, je donne un aperçu des différentes façons d'agir des professionnels des UPML et, par contraste, de l'équipe mobile TSI, qui mobilisent différentes échelles de contrainte.

La contrainte en psychiatrie peut signifier différentes choses (admission forcée, mise à l'isolement, contention chimique ou physique, *etc*.)[156], qui ont en commun de mobiliser un

[156] Pour un aperçu de ces mesures, *voy*. l'avis rendu par le Conseil supérieur de la santé qui détaille les différents types d'interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale (juin, 2016), CSS n°9193, disponible ici :

degré élevé de pression sur les actions du patient et parfois même son corps. Il existe cependant des formes moins évidentes de contrainte qui ne font pas toujours appel à la force et qui visent à amener le patient vers un comportement souhaité (Vidal-Naquet, 2019, p. 45). Traduit en des termes pragmatiques, contraindre revient à tenter de faire en sorte qu'une personne fasse ce qu'on voudrait qu'elle fasse, sachant qu'elle n'en a pas vraiment envie. L'enquête ethnographique sur les deux terrains investigués pousse à dépasser l'opposition présence *versus* absence de contrainte et encourage plutôt une analyse par degrés, replaçant les pratiques d'intervention observées sur un « continuum de la contrainte » (Lovell, 1996, p. 151). À cette fin, je me sers de la typologie établie par Anne Lovell dans son étude sur les pratiques de contrainte dans les services de santé mentale communautaires aux États-Unis[157]. D'après la sociologue, dans un tel contexte, les pratiques s'apparentent à une forme de « contrôle social ». En ces termes, elle ne prétend pas qu'il s'agisse uniquement de rapports de pouvoir qu'il faudrait mettre au jour, mais que « la contrainte dans les pratiques de santé mentale apparaît comme un acte intrinsèquement social » (Lovell, 1996, p. 151, *ma traduction*). Mon objectif n'est donc pas de me positionner vis-à-vis des pratiques de contrainte (est-ce que la façon d'agir des professionnels est une bonne façon ?), mais de rendre compte de leur dépliage progressif dans le cours de l'action, donnant à voir leurs conditions de production (comment et pourquoi les professionnels font-ils ce qu'ils font ?).

Lovell catégorise quatre modalités d'intervention idéal-typiques sur lesquelles les professionnels s'appuient en vue d'obtenir un comportement souhaité chez le patient (Lovell, 1996, p. 151) ; et ces modalités renvoient, chacune, à des niveaux plus ou moins élevés de contrainte. Aux deux extrémités de ce continuum figurent la forme la plus évidente de contrainte : « la coercition physique ou mentale » qui comprend l'usage de la force (*coercion* ; Vidal-Naquet, 2019, p. 45), et la forme la plus subtile : la persuasion (*persuasion*), qui tend à égaliser le rapport entre les deux groupes de l'intervention (ici, les professionnels et les patients). Au milieu de ce continuum, Lovell situe deux autres modes d'action : en deuxième position, après la coercition, on retrouve le « volontarisme contraint » (*coerced voluntarism ;* Peyrot, 1985) qui, sous la menace d'une sanction, vise à obtenir une certaine attitude chez le patient. En troisième position figure « l'adhésion utilitaire » (*utilitarian compliance*) qui, cette

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

[157] Pour d'autres applications du « continuum de la contrainte » développé par Lovell, voir notamment, dans le contexte français, les travaux de Velpry, 2008 pour les Centres Médico-Psychologiques ; Marques, 2015 pour les Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité, Vidal-Naquet, 2019 pour les travailleurs sociaux et, dans le contexte belge, Messaoudi, 2023 pour les services d'accompagnement socioéducatif et les maisons d'enfants.

fois, tente d'infléchir le comportement du patient sous la promesse d'une ressource avantageuse et souhaitée (Lovell, 1996, p. 151 ; Marques, 2015, p. 100). Puisant dans d'autres travaux sociologiques qui se sont penchés sur la conceptualisation de la contrainte dans le champ de l'intervention psycho-médicosociale (Vidal-Naquet, 2019 ; Lechevalier-Hurard, 2018 ; Messaoudi, 2023), et basé sur les observations ethnographiques, on peut glisser une cinquième catégorie au continuum, que je nomme *l'habileté*. Ce mode d'action vise les pratiques qui ne font ni appel à la menace ou au chantage mais qui renvoient à une certaine finesse d'esprit dans le chef des professionnels afin d'agir sur la volonté du patient, empruntant beaucoup au registre de la « ruse » (Vidal-Naquet, 2013, p. 8). Cet ajout permet de prendre en compte une plus large variété de pratiques, telles qu'observées sur les terrains étudiés dans la thèse. Traduit en français et agrémenté d'un concept supplémentaire, on peut représenter le continuum créé par Lovell (1996) comme suit, partant du degré le plus élevé au moins élevé de contrainte :

Contrainte pure > volontarisme contraint > adhésion utilitaire > habileté > persuasion

Les formes de contrainte observées en UPML correspondent aux quatre premiers types cités : le recours à la force, le « volontarisme contraint », « l'adhésion utilitaire » et l'habileté en raison du régime d'intervention des unités et du contexte institutionnel dans lequel elles s'inscrivent (1.). Par contraste, l'équipe mobile TSI revendique une intervention ambulatoire basée, en principe, uniquement sur la volonté du patient, tentant ainsi de se faire une place dans un champ dominé par des formes d'institutionnalisation fortes et de contrainte (plus) élevées : l'équipe, disposant de peu de moyens de pression, inscrit son travail dans le registre de la « persuasion » (2.).

1. Menaces, promesses et autres ruses en UPML : agir sur la volonté du patient

Sur le terrain des UPML, les formes les plus pures de contrainte concernent avant tout les pratiques de contention et de mise à l'isolement. Le premier cas, qui doit en principe intervenir quand le second ne suffit pas, entrave les mouvements de la personne (par des sangles ou une médication). Dans le second, la personne conserve sa capacité à se mouvoir mais dans un espace délimité[158]. Le principe des suppressions de sortie peut également être rangé dans cette

[158] Pour plus d'informations sur ces pratiques, voy. l'avis rendu par le Conseil supérieur de la santé en 2016, qui formule des recommandations en matière d'interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Pour un premier éclairage sur le cadre légal, voy. aussi le mémoire en droit réalisé par Lippens de Cerf, M.N. (2019). L'isolement et la contention sous contrainte dans les soins de santé mentale en Belgique : tension entre l'obligation de sécurité et les droits fondamentaux du patient malade mental (mémoire de fin d'étude en criminologie). UCLouvain.

catégorie, en ceci qu'il contraint la liberté d'action et, jusqu'à un certain point, la liberté de mouvement du patient, le maintenant contre son gré à l'intérieur des murs de l'unité pendant une durée déterminée. En général, cette mesure est mobilisée lorsqu'un patient transgresse certaines règles de l'unité et que, selon l'évaluation des professionnels, sa sécurité et celle des autres sont mises à mal. Je reviens plus en détail sur ces pratiques dans le troisième point de ce chapitre, quand j'aborde la place du registre de la sanction à l'UPML (voir *infra,* point III.).

A. <u>« Pas d'injection, pas de sorties » : le volontarisme contraint</u>

Je me tourne à présent vers le deuxième élément du continuum, le « volontarisme contraint » (Peyrot, 1985) que Lovell nomme également le « contrôle bilatéral » (1996, p. 151), dans le sens où le contrôle est assuré dans les deux cas de figure proposés au patient par les professionnels. Ces derniers vont tenter de forcer le patient à se porter volontaire pour quelque chose. Pour ce faire, face à des situations instables, ils ont recours à la menace d'une sanction, visant le retrait d'un avantage. En général, la simple manifestation de l'intention d'imposer une sanction suffit à orienter le sens de la conduite du patient. 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, mettront la menace à exécution (voir *infra,* point III.).

Les menaces utilisées à l'UPML couvrent différents objets. S'il est difficile d'en dresser une liste exhaustive, certains thèmes sont récurrents. Par exemple, lors d'une réunion d'équipe, le psychiatre explique qu'il a discuté avec un patient, lui proposant une « adaptation de son traitement », mais celui-ci « refuse l'injection » : « du coup, je lui ai dit que je ne pouvais pas le soutenir dans son projet de sortie de week-end chez son père » *(JT, unité A, 13 août 2021)*. Ses propos sont d'ailleurs corroborés par le patient lui-même qui juge la démarche « scandaleuse ». Dans un cas comme dans l'autre (le patient reste à l'intérieur de l'unité mais non-médicamenté ou le patient sort en ayant pris son injection), le professionnel peut exercer un certain contrôle sur le comportement du patient. Cet exemple témoigne d'une certaine reconnaissance des droits et de l'autonomie de décision du patient, qui peut refuser son traitement, mais montre l'importance d'éprouver la portée et le contexte de cette reconnaissance, qui est circonscrite par le cadre normatif de l'intervention. Un autre « privilège » à l'UPML est la possibilité pour les patients de conserver la clé de leur chambre, ce qui leur permet d'en disposer comme bon leur semble, à condition que celle-ci reste rangée et conforme aux normes d'hygiène. Quand les professionnels estiment que le patient ne

s'occupe pas suffisamment bien de ses affaires, ils peuvent avoir recours à la menace du retrait des clés en l'informant de cette possibilité, comme le montre le bref extrait ci-dessous (« si ça continue… »). C'est pareil dans le cas où un patient fume en chambre, ce qui est formellement interdit par le règlement.

> Manon, infirmière à l'unité A, revient du couloir principal de l'unité, elle est en colère : « deux chambres que je vérifie et ils fument tous ! Si ça continue, je ferme les chambres, ce sera dictatorial mais ce sera comme ça ! ».
>
> *(JT, unité A, 9 mars 2021)*

Outre les privilèges liés au fonctionnement interne des unités (pouvoir sortir, posséder les clés de sa chambre), c'est tout le séjour au sein de l'unité qui peut faire l'objet d'une menace. En effet, la métaphore carcérale est fréquemment utilisée par les professionnels : « si vous ne respectez pas certaines règles[159], vous risquez un retour à la case prison », ce qui se traduit, en des termes très concrets, par la suspension de la libération à l'essai par la Chambre de protection sociale (voir le chapitre 6). La question du retour en prison pèse, telle une épée de Damoclès, au-dessus de la tête des patients. Ils y font d'ailleurs eux-mêmes référence :

> Maud, infirmière, entre dans le bureau des soignants et explique qu'elle a surpris Ali, patient, « avec du cannabis dans les mains ». « Il m'a fait le truc culpabilisant, "non, s'il-vous-plait, j'ai peur de retourner en prison" », explique-t-elle à ses collègues.
>
> *(JT, unité A, 22 mars 2021)*

B. <u>« Je vais l'attirer avec sa cigarette » : l'adhésion utilitaire</u>

Un mode d'intervention mobilisant une forme moins directe de contrainte que la menace d'une sanction est « l'adhésion utilitaire » (Marques, 2015, p. 100), qui implique que « le patient se plie à quelque chose en quoi il ne croit pas complètement mais qu'il acceptera comme moyen d'atteindre un but désiré » (Godin, 2000, p. 1401, *ma traduction*). Dit autrement, les professionnels visent à faire en sorte que le patient perçoive le projet thérapeutique comme suffisamment intéressant, au sens d'utile, que pour s'y engager. C'est au moyen de la promesse d'une ressource rare et désirée par le patient (Lovell, 1996, p. 153) que l'équipe va tenter de stimuler et d'ajuster l'autonomie de ce dernier. Les ressources désirées, dans le contexte des UPML, correspondent aux besoins primaires des patients : la nourriture (et en particulier, le sucre), le tabac, les sorties à l'extérieur, *etc*. Ceci s'apparente à une forme d'éducation

[159] Ce n'est pas le cas pour toutes les infractions au règlement, certains règles feront l'objet de sanctions plus sévères si elles sont enfreintes, comme par exemple l'interdiction de consommer de l'alcool ou de la drogue (voir point III.).

« positive » dont le fondement n'est plus la privation mais le gain, comme le montrent les deux exemples suivants :

> Un patient, débraillé et qui n'articule pas très bien, arrive dans le bureau et tend la main vers un des petits jus lait-fraises qui sont disposés pour le goûter. Samy, infirmier, lui dit : « tu dois mettre un masque (covid19 oblige), tu dois toujours en mettre un. Tu vas le chercher et alors on te donnera un petit jus ». Le patient repart bredouille.
>
> *(JT, unité A, 09 mars 2021)*

> Benoit, kinésithérapeute, explique à une infirmière que pour motiver Aslan, patient, à participer à l'activité promenade de l'après-midi, il va « l'attirer avec sa cigarette de 16h ». L'infirmière lui rétorque qu'en effet, « ça marche très bien le matin pour le réveiller ! »
>
> *(JT, unité A, 12 mai 2021)*

C. « Ça, on ne va pas lui dire » : l'habileté

Dans le continuum de la contrainte établi par Lovell (1996), on peut ranger une partie des pratiques professionnelles qui, ne faisant intervenir ni la menace ou la promesse, font appel à des finesses de l'esprit, qualifiées d'habiletés, et mobilisées à des fins d'orientation de l'action des patients. Je fais écho ici à ce que Pierre Vidal-Naquet appelle « la contrainte à bas bruit » en ceci qu'elle est plus invisible et qu'elle « peut se glisser dans les gestes du quotidien ou dans l'aménagement de l'environnement » (2019, p. 51). Bien que cela puisse varier d'une unité à l'autre, la vie hospitalière, dans un cadre *medium security*, répond à des standards communs. La façon dont est agencé l'environnement des unités vise avant tout à gérer les allées et venues des patients mais aussi leurs actions et participe à un processus de « sécurisation » (Lechevalier Hurard, 2018, p. 71). L'exemple le plus évident est sans doute la vitre qui sépare le bureau des soignants des couloirs de l'unité, ce qui permet de surveiller le patient en continu depuis un poste fixe et d'intervenir rapidement en conséquence (voir le chapitre 2, point II).

Les pratiques de contrainte plus discrètes peuvent également s'apparenter à des formes de « ruse » (Vidal-Naquet, 2014). Le terme est à comprendre au sens d'un procédé habile qui, s'il est souvent perçu négativement « lorsqu'[il] frise le mensonge, la dissimulation, l'imposture, et finalement la duperie » (Vidal-Naquet, 2019, p. 51), peut aussi être utilisé dans une bonne intention pour amener le patient à faire quelque chose que les professionnels jugent bien pour lui. Par exemple, les professionnels ont l'habitude de fermer les chambres des patients à certains moments de la journée pour que les patients ne passent pas la journée à dormir et pour

les inciter à venir prendre le repas au moment prévu. Un autre astuce assimilée à la ruse est ostensiblement dévoilée en réunion d'équipe par Maëlle, éducatrice, lorsqu'elle explique à ses collègues que « l'activité pause-café/chocolat chaud » s'appelait jadis « l'activité émotion », mais qu'en raison du fait que le terme n'attirait pas tellement la patientèle masculine, elle et d'autres collègues ont décidé de « changer le nom pour rendre ça plus attractif » *(JT, unité B, 28 juin 2021).* Une autre fois, Monsieur Maputo, patient à l'unité B, souhaite participer à une activité qui nécessite de sortir de l'hôpital (une sortie en groupe pour faire des courses). Une intervenante m'explique qu'elle lui a délibérément « menti », lui disant qu'il n'y avait plus de place à ladite activité afin de s'assurer qu'il reste dans les murs de l'hôpital. Elle justifie ce choix, qui pourtant lui pèse sur la conscience, par la venue de la police à l'unité, qui a expressément demandé que le patient soit présent dès leur arrivée (voir le chapitre 6).

D'ailleurs, ces « trucs » pour orienter l'action ne sont pas de la seule initiative des professionnels. Certains patients n'hésitent pas à manœuvrer habilement afin d'obtenir ou de récupérer un privilège ou de contourner ce qui contrarie leur volonté. Ces attitudes réfractaires sont souvent appréhendées sur le ton de l'humour par l'équipe, comme quand Monsieur Arold demande à l'infirmier s'il peut rouvrir sa chambre. « C'est dans 15 min comme tous les jours ! Mais c'est bien essayé ! », répond l'infirmier sur un ton moqueur. *(JT, unité B, 2 novembre 2021).* Mais parfois, elles inquiètent les professionnels qui y voient un désengagement de la part du patient dans le travail d'autonomie (« vous vous la jouez petit roublard », voir le chapitre 3) et, surtout, quant à la capacité du patient d'adopter une « bonne » attitude morale.

Il va de soi que ce continuum, et les différentes catégories qui le composent, doivent s'interpréter de façon dynamique et flexible à la lumière des situations concrètes qu'il tente d'éclairer. Il arrive que les professionnels usent de formes de sanction, de chantage et de ruse pour un même patient dans une temporalité très courte. Néanmoins, dans l'idéal, plus un patient avance dans le séjour hospitalier et se rapproche d'une sortie définitive de l'unité, plus le recours à des mesures de contrainte fortes se fait rare. La temporalité limitée du séjour sert de balise pour les professionnels afin d'évaluer, non plus les progrès du patient (voir le chapitre 4), mais la pertinence de l'intervention auprès de ce dernier, comme je le montre plus en détail dans le chapitre suivant (voir le chapitre 6).

D. « Ce n'est pas le patient idéal pour l'IHP » : la contrainte sur les pratiques

Morgane, *secrétaire médicale* :
« Alors, mercredi passé, on a vu Monsieur M. en concertation. »

Vincent, *psychiatre* :
« Il formulait toujours les mêmes plaintes. On l'a vu avec sa femme : ce qu'elle attend de nous n'est pas forcément ce qu'on peut faire. Elle disait ″qu'il revienne comme avant″, mais ″avant″, on ne sait pas quand c'était. »

Noémie, *assistante sociale* :
« Elle disait qu'elle a peur de le quitter car à chaque fois qu'elle l'a fait, il a mis le feu. »

Vincent, *psychiatre* :
« J'ai rappelé à l'épouse que ce n'est pas parce que le patient est interné qu'on peut le contraindre à tout. »

(JT, unité B, 12 juillet 2021)

Il n'est pas surprenant d'observer les formes d'intervention décrites précédemment dans un contexte médico-légal et, en particulier, celles qui incluent un degré plus élevé de contrainte. En effet, les professionnels des UPML ne sont pas en mesure de libérer les patients à leur guise ou d'être trop sévères quant à l'évaluation des nouvelles candidatures. Autrement dit, les unités ne fonctionnent pas selon la logique du « *take it or leave it* » (Peyrot, 1985, p. 348), qui consisterait à ne pas admettre ou à faire sortir un patient dès que son comportement est jugé problématique. Les UPML obéissent à un système institutionnel complexe dans lequel il faut à la fois éviter les stagnations des personnes internées en prison et aussi prévenir que des lits hospitaliers ne restent inoccupés (voir le chapitre 3, point IV), tout en tenant compte des longues listes d'attente dans les autres lieux du TSI (MSP, IHP ; voir le chapitre 1). De plus, la potentielle dangerosité des patients rend exigeants le travail d'autonomie et la préparation à la réinsertion : peut sortir le patient suffisamment autonome, c'est-à-dire dont le risque d'un nouveau passage à l'acte est jugé comme considérablement réduit (voir le chapitre 4, point I).

En particulier, la question des places extérieures disponibles (en MSP ou IHP par exemple), va influencer le travail d'autonomie et la façon dont celui-ci est mené en UPML. Les professionnels sont très au fait des attentes des autres structures à même d'accueillir leurs patients, une fois le séjour terminé. Lors d'une réunion clinique, l'équipe discute de la situation de Monsieur Desmet (voir l'introduction de la troisième partie de la thèse), un patient qui, d'après leur évaluation, va bientôt pouvoir entamer un projet de sortie dans une habitation protégée. Ce type de structure attend des résidents de pouvoir « disposer d'un minimum d'autonomie, c'est–à-dire avoir la capacité de vivre sans une surveillance constante » et, aussi,

de pouvoir « disposer des ressources financières suffisantes pour assumer les frais de séjour, du quotidien (alimentation, hygiène, transport, …) »[160]. Ces éléments sont pris en compte dans l'intervention de l'UPML qui vise à faire du patient un « candidat sexy » pour lui assurer une prise en charge dans la suite de sa libération à l'essai.

> *Nathan, psychologue :*
> « Il faudrait passer par la rédaction d'un rapport par rapport à son histoire, sinon il va se faire griller direct, ce n'est pas le patient idéal pour l'IHP ».
>
> *Guillaume, psychiatre :*
> « Oui, il faut ramener des choses concrètes par rapport à son quotidien, qu'il puisse être un candidat plus sexy par rapport aux aspects de la vie quotidienne ».
>
> *(JT, unité A, 4 juin 2021)*

Le psychiatre poursuit et cite quelques exemples comme la « capacité à se faire à manger, à faire son linge » et la capacité à faire preuve d'une « communication adéquate avec les autres résidents […] ». Il interroge l'équipe : « On en est où par rapport à ça ? ». […] « Faut trouver l'équilibre entre répondre à sa demande et proposer un projet et voir à quoi il doit être attentif, et aux attentes de l'IHP » (voir le chapitre 4, point I., 2., A.).

La prise en compte de ces enjeux institutionnels, qui agissent comme des « déterminants de la contrainte » (Lovell, 1996, p. 155), évite de réduire le travail des professionnels au simple exercice de la contrainte et à la relation qui les unit aux patients, et force à replacer l'intervention dans le contexte social au sein duquel elle s'accomplit. De même, à l'intérieur des unités, le manque de personnel lié à des arrêts maladies prolongés, une pénurie d'infirmiers[161] ou encore d'autres contingences ponctuelles[162], sont des éléments à garder à l'esprit lorsqu'on procède à l'examen des pratiques d'intervention, car ils sont susceptibles d'influencer le champ d'action des professionnels et de générer des pratiques de contrainte, comme l'illustre l'extrait en introduction de ce chapitre (« on ne pourra pas t'accompagner aujourd'hui [à l'extérieur de l'unité], ni ce week-end, on n'est pas assez nombreux. Si on pouvait, on le ferait »), ainsi que le bref extrait ci-dessous :

---

[160] La citation est issue d'un exemple de critères d'inclusion énumérés par une IHP, choisie au hasard et disponible ici : https://www.internement.be/ihp-le-regain/. Le site donne un aperçu général des critères formels d'admission des différentes structures de soins qui peuvent héberger des personnes internées en Belgique francophone.

[161] À ce propos, une récente étude (juin 2024), réalisée par l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes, fait le constat d'une pénurie des infirmiers et infirmières en Belgique et en analyse les possibles causes et conséquences. Le rapport, intitulé « Pénurie des infirmier-ères et crise du "prendre soin" » est disponible en ligne : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/179_-_penurie_des_infirmieres_et_crise_du_prendre_soin.pdf

[162] Dans la perspective du déménagement des unités, des formations étaient prévues pour les membres de l'équipe soignante, ce qui a engendré une diminution du nombre de professionnels présents en salle.

> Ali se met à crier dans le bureau des soignants : « aujourd'hui, je sors ! Madame, donne-moi mon bon de sortie ! ». Les infirmières présentes ne s'alarment pas et lui répondent calmement : « on t'a expliqué : tu es en sortie accompagnée mais aujourd'hui il y a trop de personnel occupé donc ce n'est pas possible ». Ali continue à crier et à faire de grands gestes, exprimant son mécontentement… tout en regagnant sa chambre.
>
> *(JT, unité A, 9 juin 2021)*

L'entrée et la sortie étant déterminées par une instance pénale (la CPS), les actions des patients, une fois admis, y sont contraintes à des degrés variés. Il est toutefois impossible pour les professionnels d'inscrire l'intervention dans le registre de la persuasion, dernier pôle du continuum de Lovell (1996). Celui-ci autorise les deux groupes concernés, les patients et les professionnels, à être des partenaires de l'intervention, en ceci que les premiers pourraient décider d'y mettre fin de leur plein gré. Par contraste, la persuasion est le principal registre d'action des équipes mobiles TSI. Ce faisant, l'équipe ambulatoire se distingue des formes de prises en charge traditionnelles des personnes internées.

2. Convaincre sans contraindre ? Le cas de l'équipe mobile TSI

> Lors de la réunion clinique de l'équipe mobile TSI, Antoine, infirmier, et Elias, assistant social, discutent de la situation d'un patient, qui séjourne à l'annexe psychiatrique d'une prison.
>
> Antoine, *infirmier* :
> « Je vais proposer que la permission de sortie soit motivée en disant qu'il entamera un suivi vers [un centre ambulatoire pour toxicomanes] parce que [ce service] n'est pas mandaté pour aller en prison. »
>
> Elias, *assistant social* :
> « Et [ce service], ça vient d'où ? Ça vient de lui ça ? »
>
> Antoine, *infirmier* :
> « C'est moi qui lui ai proposé. »
>
> Elias, *assistant social* :
> « Et… il y voit un sens ? »
>
> Antoine, *infirmier* :
> « Je lui ai proposé. Moi, j'ai déposé des trucs sur la table. J'ai dit : "on reviendra vous voir, vous nous direz ce que vous voulez, ce que vous ne voulez pas". »
>
> *(JT, équipe mobile TSI, 1er octobre 2020)*

La portée des échanges entre Antoine et Elias dénote par rapport à ceux qu'on peut observer en UPML. Antoine explique à son collègue qu'il a tenté de soumettre une idée à la réflexion du patient interné dont il se charge du suivi. C'est d'ailleurs le patient en question qui a mandaté

l'équipe, donnant son accord par écrit (voir le chapitre 2.). À la lecture de l'extrait, on comprend qu'on est face à une intervention ponctuelle qui donne au patient la possibilité d'influencer le cours de celle-ci (« vous nous direz ce que vous voulez, ce que vous ne voulez pas »). Ce faisant, les professionnels de l'équipe mobile TSI inscrivent leur intervention dans le registre de la « persuasion », qui vise à amener le patient à partager la même lecture de la situation sans avoir recours à des moyens de pression (A.). Défendant les intérêts du patient, l'équipe mobile TSI agit également « au nom » du trajet de soins, tentant d'assurer la progression adéquate du patient dans le parcours d'internement (B.).

A. « Décaler » le patient ou l'art de la persuasion

La persuasion, selon Lovell (1996, p. 153), à la différence des précédents modes d'action décrits plus haut, permet aux deux parties (patients et professionnels) de conserver « un certain contrôle sur l'intervention », c'est-à-dire qu'elles peuvent, toutes les deux, « s'engager dans la relation ou y mettre fin à leur guise » (Lovell, 1996, p. 153, *ma traduction*). De fait, les professionnels de l'équipe mobile TSI sont formels : « le patient peut arrêter le suivi avec nous dès qu'il le veut » (*JT, équipe mobile TSI, 19 novembre 2020*). De son côté, l'équipe peut aussi décider de stopper le suivi à n'importe quel moment. Ce registre implique qu'un rapport de confiance lie les patients aux professionnels.

La persuasion se rapporte néanmoins à une pratique très subtile de contrainte au sens où elle « permet de peser de façon discrète sur le parcours du patient » (Vidal-Naquet, 2019, p. 49). Et afin de maintenir un niveau peu élevé de contrainte, il faut que patients et professionnels partagent des valeurs communes (Lovell, 1996) ainsi qu'une même lecture de la situation. Pour le dire autrement, l'idée est d'amener le patient à être convaincu que l'intervention qu'on lui propose lui sera bénéfique car, en cas de désaccord quant à ce que serait la « bonne » façon d'agir, le patient risque de s'opposer à l'intervention ; c'est à ce moment-là que d'autres mesures plus coercitives deviennent nécessaires. Dès lors, tout le travail de l'équipe mobile TSI consiste précisément à faire adhérer le patient à cette même définition de la situation afin de pouvoir « décaler des choses » ou rendre le patient « décalable ». Ces termes sont très souvent mobilisés lors des délibérations de l'équipe mobile et traduisent l'idée de réajuster la position du patient vers celle attendue, ce qui revient à « négocier avec les patients une vision de leurs problèmes qui s'adapterait à la perspective des professionnels » (Godin, 2000, p. 1401, *ma traduction*).

Elodie, *assistante sociale* :
« Monsieur O. nous a dit "ah vous allez me trouver un appartement c'est ça ?". Il a cru qu'on allait chercher pour lui. »

Eva, *psychologue* :
« Oui, l'idée, c'est de décaler un peu ça. »

(JT, équipe mobile TSI, 3 septembre 2020)

Dans le cas de l'équipe mobile TSI, si le non-recours à la contrainte est un aspect central de leur pratique, qui émerge continuellement dans les discours professionnels et institutionnels (brochure, rapport d'activité, *etc*.), l'enquête empirique met en avant qu'en réalité, le choix d'une posture plus horizontale et partenariale ne dépend pas uniquement de la volonté des professionnels de l'équipe mobile mais aussi et surtout des conditions de possibilité dont dispose le travail ambulatoire à exercer de la contrainte. Celle-ci nécessite en effet une certaine logistique : disposer d'une salle d'isolement, d'un autorité prescriptive (médicament, sanction) et d'autres types de leviers. Là où les UPML doivent à la fois agir auprès d'un patient individuellement et aussi faire respecter un cadre de vie communautaire, l'équipe mobile TSI intervient de façon ponctuelle, dans une relation « one-on-one » et n'est pas pleinement responsable du patient qu'elle suit. Dit autrement, les patients internés auprès de qui l'équipe mobile décide d'intervenir sont, bien souvent, sous la responsabilité d'autres professionnels et/ou institutions, qu'ils soient placés dans un EDS ou libérés à l'essai dans une UPML ou une IHP. L'équipe mobile TSI est un garant supplémentaire qui ne se substitue pas à l'intervention ni à l'autorité des autres professionnels. Si la position parait plus confortable, elle diminue cependant la marge de manœuvre des professionnels de ladite équipe, qui n'ont pas d'autres choix que de travailler *avec* plutôt que *pour* le patient interné.

B. Les *impresario* du trajet de soins

À partir d'une situation concrète, je montre comment la persuasion se déploie « en action » : les professionnels tentent de travailler *avec* le patient, tout en agissant de façon subtile *sur* sa volonté. Monsieur M'Rabet est âgé d'une cinquantaine d'années et a été interné suite à des faits répétitifs de harcèlement. Il poursuit sa libération à l'essai à domicile. Il travaille à temps partiel dans une entreprise de travail adapté et a fait la demande d'être suivi par l'équipe TSI. Elias me présente rapidement la situation : « c'est un cas particulier, Monsieur n'a fait que deux semaines d'annexe psychiatrique et il est déjà en libération à l'essai », ce qui est « assez rare ». Ce jour-là, j'accompagne Elias et Elodie, assistants sociaux, au domicile du patient pour une visite de routine. L'enjeu est de faire comprendre à Monsieur qu'il est important qu'il soit présent chez lui quand il a rendez-vous avec l'équipe.

Elias, *assistant social* :

« Bon Monsieur, c'est important que vous nous teniez au courant si vous êtes là, si vous êtes chez vous ou pas, vous comprenez ? On doit savoir si vous êtes là. Imaginez, au travail votre patron ne vous dit pas que vous ne devez pas travailler aujourd'hui et vous arrivez, c'est vendredi, et personne ne vous a prévenu, comment vous le prenez ? »

Monsieur M'Rabet, *patient* :

« C'est de sa faute à lui [le patron], il ne m'a pas prévenu. Donc là, c'est de ma faute à moi, ce n'est pas la vôtre. »

Dès le premier échange, Elias tente de renforcer le lien de confiance et de faire accepter l'intervention au patient : opérant par analogie, avec une situation personnelle du patient (son travail), l'assistant social essaie de faire comprendre au patient l'importance de communiquer avec l'équipe sur ses allées et venues. L'opération semble fonctionner, Monsieur M'Rabet énonce qu'il est en tort et déploie par là une certaine capacité à prendre ses responsabilités. La discussion se poursuit :

Elias, *assistant social* :

« Nous, on n'a pas de boule de cristal. Je ne le dis pas pour dire que c'est de votre faute hein… ça vous embête qu'on dise ça ? »

Monsieur M'Rabet :

« Non je comprends, pour votre travail c'est important. »

Elias, *assistant social* :

« Si on planifie un rendez-vous avec vous et que vous n'êtes pas là, c'est embêtant pour les autres personnes qui veulent nous voir. On se demande en équipe si vous êtes content ou si ça vous fait ch*** ? Excusez-moi l'expression ! »

Le cas de Monsieur M'Rabet est particulier : il vit seul et n'a pas, en permanence, toute une équipe d'intervenants autour de lui pour le prendre en charge. Il est donc le seul interlocuteur de l'équipe mobile TSI, qui, s'il ne communique pas, n'a aucune idée d'où il se trouve, ni de ce qu'il fait. Au fur et à mesure de la conversation, se dessine une compréhension mutuelle des attentes de l'intervention (« pour votre travail, c'est important »). Elias partage au patient une inquiétude de l'équipe quant à l'utilité de l'intervention (« On se demande en équipe si vous êtes content »), réaffirmant leur volonté de vouloir travailler en collaboration.

Monsieur M'Rabet :

« Ok, la prochaine fois je vous préviens. On a déjà eu cette discussion plusieurs fois. »

Elias, *assistant social* :

« Oui, j'en ai des cheveux blancs car on se répète tout le temps [rire]. On vous demande juste d'être attentif. C'est intéressant qu'on vienne pour vous ? »

Monsieur M'Rabet :

« Oui mais on ne progresse pas, vous venez tout le temps et on ne progresse pas… » [rire]

Elias, *assistant social* :

« Vous trouvez qu'on ne progresse pas ? Parfois on vient car il manque un document, là c'est pour l'administrateur de biens, il manquait un doc. C'est au niveau de la gestion financière, c'est pour vous aider. »

Elodie, *assistante sociale*, regarde les documents que lui a remis le patient :

« Les docs sont ok, c'est parfait ! »

Monsieur M'Rabet :

« Non, je sais, vous venez pour m'aider et pas pour m'embêter ».

(JT, équipe mobile TSI, 10 décembre 2020)

L'extrait montre que le patient a très bien intégré qu'on attend de lui un changement, une progression, qui se traduit par l'avancement dans le trajet de soins. Cependant, il compte sur l'équipe pour l'accompagner dans ce changement et, d'après son interprétation, l'équipe n'en ferait pas assez car il « ne progresse pas ». Elias ne manque pas de lui rappeler que l'accompagnement de l'équipe consiste à apporter une aide ponctuelle basée sur des éléments concrets (ici, des documents à remplir pour bénéficier d'une administration de biens), mais que le patient a un rôle central à jouer dans la relation d'aide.

Le travail des professionnels de l'équipe mobile TSI fait quelque peu songer à celui des agents de cinéma[163], à la différence que le suivi proposé est entièrement gratuit, et que les professionnels n'en retirent aucun bénéfice lucratif ; des sortes d'*impresario* bénévoles. Prenant en charge les intérêts du patient, ils l'accompagnent tout au long du TSI dans la quête et l'accomplissement de son projet (ici, de réinsertion, et non de film) pour lequel il est souhaité que le patient occupe le rôle principal. De plus, l'équipe mobile joue aussi le rôle de tiers lors des concertations afin de s'assurer qu'elles se passent bien, que le patient se sente bien dans son nouveau projet (généralement, un lieu de vie et une occupation ; voir le chapitre 4) et qu'il comprenne bien tous les enjeux. L'équipe assiste également le patient dans le remplissage de documents administratifs pertinents pour son projet (facture Internet, demandes d'allocations, *etc.*).

[163] La métaphore cinématographique est inspirée de la série française « Dix pour cent », créée par Dominique Besnehard et Fanny Herrero (2015-2020), dans laquelle on voit s'accomplir, au fil des épisodes, le travail d'agents de cinéma et les contraintes sociales et personnelles qui façonnent la profession.

Comme des *impresario*, il s'agit de repérer et de conseiller au patient le meilleur projet, basé sur ses envies et ses compétences, et qui correspond à l'étape de son trajet de soins. Là où jouer dans le prochain Tarantino serait une étape décisive pour la carrière d'un jeune acteur déjà expérimenté, à l'échelle belge de l'internement, l'UPML apparait comme le projet le plus pertinent après un passage au sein de structures hautement sécurisées. Si le patient émet, depuis l'annexe de prison, le souhait d'intégrer une IHP, l'équipe tentera de lui faire comprendre, qu'il n'est pas encore prêt et que, dès lors, il risque de ne « pas être pris au casting ». Antoine, infirmier, explique en réunion que « c'est une bataille qu'on a eue avec Monsieur de lui expliquer qu'il n'a pas un profil IHP, qu'il n'a pas un degré d'autonomie suffisant » *(JT, équipe mobile TSI, 1er octobre 2020)*. Si le projet de vie ou de réinsertion du patient est censé être pensé par lui et ciblé sur ses besoins individuels, les observations laissent à penser qu'en réalité, les projets valorisés et encouragés par les professionnels, dans le contexte du TSI, sont assez uniformes et concernent très souvent les mêmes institutions, faisant du parcours de soin une trajectoire assez commune et standardisée.

L'équipe mobile TSI ne peut compter que sur le « raisonnement » comme unique levier (Vidal-Naquet, 2019, p. 49) pour agir sur la volonté du patient. Intervenir en usant le moins possible de moyens de pression relève parfois de la gageure. En effet, « le succès de la persuasion dépend à la fois de la capacité de conviction du locuteur et de la façon dont le discours de celui-ci est reçu, compris et accepté par le récepteur » (Vidal-Naquet, 2019, p. 49). La pratique ambulatoire s'apparente alors à un travail de rhétorique et de *coaching*[164].

Pour clore ce chapitre, après avoir donné un aperçu général des usages gradués de la contrainte et du contexte qui pèse sur ces derniers, j'opère un « zoom » sur un mode d'intervention spécifique : le recours à la sanction. S'y intéresser en particulier permet de mettre en lumière toute la complexité de l'intervention en UPML, liée à sa position d'entre-deux dans le TSI, à l'intersection entre le pénal et la santé mentale. Si, à première vue, la sanction semble plutôt appartenir au registre punitif, qui consiste à empêcher temporairement le patient d'agir, les professionnels des UPML se saisissent également de la sanction comme d'une opportunité pour

[164] Pour une analyse sociologique de pratiques de « coaching » qui consistent à « créer un individu autonome », voy. Marquis, N. (Ed.) (2024). *Education, Parenting, and Mental Health Care in Europe: The Contradictions of Building Autonomous Individuals* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003377207

travailler l'autonomie du patient et le « faire agir », en ceci que sanctionner sert un objectif de responsabilisation.

III. Soigner ou sanctionner : (faire) agir face à la transgression

> Maud, infirmière, entre dans le bureau des soignants et explique qu'elle a surpris Ali, patient, « avec du cannabis dans les mains ». « Il m'a fait le truc culpabilisant, "non s'il vous plait, j'ai peur de retourner en prison" », explique-t-elle à ses collègues. Elle ajoute qu'elle n'a pas pu récupérer la substance en question car Ali ne lui a pas donné ce qu'il avait en main. Samy, infirmier, se lève et annonce qu'il va aller parler au patient et fouiller ses affaires. Maud ne semble pas satisfaite de cette initiative : « quand je suis seule face à un patient, je ne peux pas ouvrir sa main de force ! Samy me fait culpabiliser », dit-elle à Solange, une autre infirmière présente. Celle-ci la rassure : « tu as fait ce qu'il fallait ». Maud s'installe devant l'ordinateur et dit tout haut qu'elle « met Ali en rouge partout jusqu'à la prochaine évaluation médicale », ce qui implique une suppression des permissions de sortie pendant un temps déterminé. Elle ajoute qu'Ali « a peur de ne pas pouvoir aller au mariage [d'un membre de sa famille] s'il retourne en prison ». Un peu plus tard, Maud et Samy rédigent tous les deux une note dans le dossier informatisé du patient afin d'expliquer qu'Ali « a été pris avec un paquet de cannabis dans sa chambre ». Samy précise qu'il faut réaliser « un entretien de recadrage ».
>
> *(JT, unité A, 22 mars 2021)*

Le règlement des unités interdit de consommer « de l'alcool et de la drogue », considérant ces substances incompatibles avec le traitement médicamenteux et pouvant générer des comportements agressifs, ce qui mettrait à risque le patient consommateur ainsi que les autres patients. Or, il arrive très souvent qu'un patient consomme ou, *a minima*, qu'un professionnel soupçonne une consommation. L'entrée des drogues (principalement du cannabis) est facilitée en raison du régime semi-ouvert ou semi-fermé des unités, qui donne accès à l'extérieur : c'est souvent lors d'une sortie autorisée que le patient se procure des substances actives. Face à cette « problématique », considérant qu'elle met en péril la sécurité du patient consommateur et des autres patients ainsi que celle des professionnels, l'équipe des UPML recourt à un mode d'intervention particulier, la sanction, qui prend la forme d'une mesure restrictive de liberté.

Ce troisième point examine la sanction, étant un mode d'intervention privilégié des UPML pour répondre à une transgression. Je fais le choix de me focaliser principalement sur la gestion des consommations de substances illicites car c'est une des infractions au règlement qui occupe le

plus les professionnels des unités et qui, dès lors, est la plus documentée empiriquement[165] (1.). Ensuite, je retrace le travail d'enquête des professionnels qui intervient en amont de l'imposition d'une sanction. Si la récolte des preuves matérielles permet d'objectiver les faits et de justifier une mesure restrictive de liberté, elle vise surtout à mettre le patient face à ses actions, devenant ainsi un outil pour rendre autonome (2.). Enfin, le travail d'enquête confie aux professionnels un rôle de soignants-policiers, qui n'est pas une posture facile à tenir pour tous. Recourir à la sanction dans un contexte de soin peut surprendre, mais fait en réalité apparaitre la rationalité hybride sur laquelle repose la mesure d'internement, oscillant entre soin et sécurité (3.).

1. Recourir à la sanction pour gérer les consommations de substances illicites à l'UPML

« Il y a une vague de consommation dans le service », affirme un psychiatre lors d'une réunion d'équipe. De fait, au moment de l'enquête de terrain, l'augmentation des phénomènes de consommation de substances illicites au sein des unités est sur toutes les lèvres. Le contexte institutionnel de l'internement place les équipes dans l'impossibilité de ne pas s'emparer du problème (A.). Pour tenter de contrôler le phénomène, les professionnels ont recours à différents types de mesures restrictives ou privatives de liberté : la plupart du temps, il s'agit de mettre le patient à l'écart des autres pour une durée déterminée (B.).

A. « Si on exclut un patient qui consomme, on n'a plus de patients »

Dans les deux UPML investiguées, le constat est le même : la consommation de substances illicites, en ce compris « alcool et drogue (cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne…) » selon la terminologie des professionnels, est en nette augmentation. Guillaume, psychiatre à l'unité A, m'explique lors d'un entretien que « depuis 5 à 7 ans », ils ont affaire à des profils de « polytox » au sein de l'unité. À côté du « tiers de patients qui consomme du cannabis », d'un autre tiers qui « boit un peu d'alcool », certains patients « consomment de la cocaïne, de l'héroïne, du speed et des amphétamines », alors que c'était « plutôt rare » auparavant. Le problème, souligne le médecin, c'est que cela a « un impact sur l'intégrité de tiers ». Les patients considérés comme des « gros consommateurs » sont « en haut du panier en termes de profil à risques » car la consommation est un facteur de risque de récidive et « a un impact sur

[165] D'autres infractions au règlement, plus rares, font l'objet de mesures coercitives, comme par exemple, la fugue d'un patient. À l'inverse, certains contournements des règles sont tolérés et n'appellent généralement à aucune sanction, c'est le cas des relations sexuelles entre patients (voir *supra*, point I.).

le trouble du comportement ». La consommation chez les patients est telle, poursuit le psychiatre, qu'elle ne peut plus être considérée comme un critère d'exclusion au moment des décisions d'admission : « si on exclut un patient qui consomme, on n'a plus de patients ». On l'a vu, les UPML sont tenues de maintenir un taux d'occupation des lits suffisamment haut (voir le chapitre 3). Cet impératif les amène parfois à devoir gérer des situations compliquées face auxquelles les professionnels ne s'estiment pas toujours correctement armés.

Brigitte, infirmière à l'unité B, partage la même inquiétude : « ils ne consomment pas tous, mais ça fait tache d'huile ». Elle m'explique qu'il y a, au sein de l'unité, « de plus en plus de consommateurs de longue date […] et que, si on ne consomme plus quand on arrive [à l'UPML], on est un oiseau pour le chat et ça, ça pose vraiment problème ». Comme le médecin, elle fait état de la diversité des substances consommées et souligne le risque de mélanger ce genre de substance avec un traitement médicamenteux : « cannabis, héroïne, cocaïne, alcool, kétamine... Il y en a qui arrivent à sniffer du gaz de briquet, du déodorant, et avec la médication, ce n'est pas un bon cocktail ». Si les professionnels reconnaissent que les « conso' » sont utilisées « comme une béquille » ou une source « d'apaisement » par certains patients ou que d'autres y trouvent une façon d'être « plus créatif », la tolérance en matière de consommation est nulle.

Les professionnels de l'équipe mobile TSI corroborent les propos de Guillaume et Brigitte, insistant sur le fait que les « problèmes de conso » sont « souvent présents avant l'internement » et qu'une fois la personne internée, c'est « à porte-à-faux des conditions [légales de la mesure] », qui interdisent formellement de consommer ces substances, car cela a une incidence sur la santé mentale et mettrait en péril le TSI et, qui plus est, lorsque la personne est prise en charge en milieu hospitalier (comme à l'UPML). Eva, psychologue à l'équipe mobile TSI et qui a également travaillé en UPML, déclare d'ailleurs que gérer les drogues à l'hôpital « crée une ambiance carcérale où on est plus policiers que soignants » (voir *infra,* point 3.).

Contraints institutionnellement d'accepter des patients qui ne correspondent pas d'emblée au cadre, se trouvant ainsi dans l'impossibilité d'éviter la question de la gestion des consommations d'alcool et de drogue à l'unité, les professionnels prennent le « problème des conso'» très au sérieux, ayant recours à une forme évidente de contrainte : l'imposition de sanctions. Celles-ci peuvent être de différents types, dont celui qui consiste à mettre temporairement à l'écart le patient interné.

B. Des formes de mises à l'écart temporaires : suppression des sorties et isolement

Pour gérer la consommation et le trafic de substances illicites à l'unité, les professionnels s'appuient sur ce qui caractérise le régime des UPML et ce qui le différencie des structures *high security* : la possibilité pour le patient de bénéficier de sorties autorisées. Perçues comme un avantage par les patients, les permissions de sortie servent aussi de moyen de pression pour l'intervention des professionnels. Dès qu'un fait de consommation est avéré (voir *infra*), le psychiatre ordonne la suppression des sorties du patient transgresseur pour une durée déterminée. La sanction est inscrite dans le dossier du patient et est notifiée en réunion afin de mettre à jour toute l'équipe, dont les soignants, en charge de vérifier la bonne exécution de celle-ci. La suppression des sorties peut signifier que le patient est temporairement mis à l'écart de la vie sociale *extra-muros,* mais aussi de la vie de l'hôpital s'il est « privé de jardin » ou « mis en service fermé ». Toutefois, il peut toujours vaquer à ses occupations à l'intérieur des murs de l'unité. Des infractions répétées du même type ou un irrespect de la sanction initiale se traduisent automatiquement par une réponse plus sévère où la suppression des sorties est prolongée.

Dans d'autres cas, plus rares, le psychiatre peut demander la mise à l'isolement du patient. Cette fois, le patient est placé à l'écart des autres patients et des professionnels de l'unité pour une durée de 24 heures, qui peut être prolongée. Il s'agit d'un « acte médical » qui requiert une « décision médicale » que seul le psychiatre est mandaté à prendre. Pendant l'enquête, je n'ai pas eu accès aux documents écrits qui réglementent ces pratiques[166]. Les entretiens et les observations confirment que la pratique est beaucoup moins fréquente que les suppressions de sortie. La chambre « d'iso » de l'UPML est d'ailleurs parfois réquisitionnée par d'autres unités qui ont la réputation d'accueillir une patientèle plus « agressive » : « dans ce genre de service [une autre unité], il y a une chaise qui vole par semaine, ici c'est tout calme à côté », précise une infirmière de l'unité A. La pratique ne semble donc pas être uniquement réservée aux patients issus du « pénal ».

[166] À ce jour, il n'existe pas de base légale en matière d'isolement et de contention en psychiatrie légale. Ni la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, la loi du 26 juin 1990 relative à la personne des malades mentaux ou encore la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ne réglementent ces pratiques. Pour plus d'informations sur la pratique de l'isolement et de la contention en psychiatrie légale, voy. Muylaert, P. (2013). La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, *N°2*, 76-84. ; et voy. le mémoire en droit réalisé par Lippens de Cerf, M.N. (2019). L'isolement et la contention sous contrainte dans les soins de santé mentale en Belgique : tension entre l'obligation de sécurité et les droits fondamentaux du patient malade mental (mémoire de fin d'étude en criminologie). UCLouvain.

La mise à l'isolement est une mesure de dernier recours, qui ne s'applique pas sur la simple demande d'un soignant, voire même d'un patient.

> Les infirmiers rapportent un épisode de la semaine passée : Monsieur Roseau, patient, ne se sentait pas bien, il aurait demandé qu'on l'attache au lit. Samy explique à ses collègues qu'ils ont refusé de le faire : « on lui a dit non, qu'on ne peut pas l'attacher comme ça, qu'on peut le mettre en chambre d'apaisement et donner un ©Risperdal [un antipsychotique] ».
>
> *(JT, unité A, 8 septembre 2021)*

Isoler un patient dans l'unité se justifie généralement par un argument sécuritaire et protectionnel dans des cas « de mise en danger de la personne » dus à une « trop forte consommation » ou du risque présent pour les autres membres de l'unité, comme l'explique Camille, infirmière à l'unité B, lors d'un entretien :

> « Le but, c'est de protéger la personne. On essaye toujours de le faire dans le bien-être du patient, et dans le bien être des autres patients aussi, c'est-à-dire que quelqu'un qui a consommé qui est complètement défoncé, qui va peut-être être agressif ou pas adapté avec les autres, bah du coup, on va se dire ok on va l'isoler pour que ça ne foute pas trop le bordel. »
>
> *(JT, entretien, unité B, 15 décembre 2021)*

La pandémie de Covid19 est venue bouleverser le travail des professionnels des unités, l'heure était au bricolage et à la réinvention des pratiques. La mise à l'isolement pour contrecarrer la propagation du virus en est un exemple parmi d'autres : faute de places à l'unité, la salle « iso » ou la chambre « d'apaisement » étaient parfois réquisitionnées pour mettre en quarantaine un patient atteint du virus.

Supprimer les sorties ou mettre à l'isolement peuvent ne pas suffire. Les nombreuses récidives d'un patient peuvent conduire les professionnels à décider que l'équipe n'est plus à même de le prendre en charge. Le psychiatre, dans un rapport circonstancié, en informera la Chambre de protection sociale, qui statuera sur la suspension de la libération à l'essai du patient, renvoyant temporairement ce dernier en prison (voir le chapitre 6).

Ces sanctions justifiées comme une mesure sécuritaire sous la forme de mises à l'écart temporaires limitent considérablement la liberté des patients internés et, à première vue, laissent peu de place au travail d'autonomie mené par les professionnels, le patient étant souvent dans une position d'empêchement. Toutefois, les professionnels revendiquent un registre non-punitif

de la sanction : « on n'est pas ici pour punir mais pour accompagner », s'appuyant sur ces mesures pour tenter d'opérer des changements attendus chez le patient. Avant d'imposer une telle mesure de contrainte, les professionnels réalisent un travail d'enquête. L'objectif est de constater la transgression pour pouvoir ensuite être en mesure de justifier la sanction. L'observation ethnographique de ces processus d'enquête montre qu'en réalité, la récolte des preuves d'une transgression agit avant tout comme un mode d'intervention à part entière, mettant l'accent sur l'autonomie-responsabilité. La sanction, mode d'action très contraignant, sert en réalité directement l'objectif d'autonomie et de réinsertion.

2. Dépister la transgression, faire avouer le transgresseur : en quête de preuves et de responsabilité

> Amina, infirmière, est au téléphone. Elle demande à la pharmacie de l'hôpital de préparer une trentaine de petit pots d'urine car ils voudraient faire un test global dans l'unité. Au même moment, Bruno, un patient, arrive dans le bureau des soignants pour prendre son traitement. Il est un peu à l'avance : « dans cinq minutes, je vais à la messe », précise-t-il. Bastien, éducateur, en profite pour lui demander si, par hasard, il ne doit pas « faire pipi » ?
>
> *Bruno, patient* :
> « Pourquoi ? Je dois ? »
>
> *Bastien, éducateur* :
> « On fait passer un test d'urine à tout le monde ».
>
> Bruno, l'air un peu surpris, répond :
> « Ah ok, bah je le ferai après. »
>
> Bastien, éducateur, et Jonas, infirmier, enfilent des gants bleus et partent à la recherche de volontaires, un masque sur le visage (covid oblige) et quelques pots d'urine en main.
>
> *(JT, unité B, 3 juin 2021)*

Au sein des UPML, la suspicion de l'entrée d'une substance illicite dans le service, d'une consommation de cette substance, ou encore l'attitude jugée étrange d'un patient, qui laisse à penser qu'il a consommé lors d'une sortie autorisée, pousse les professionnels à enquêter dans le but de collecter des preuves de l'éventuelle infraction au règlement. Pour objectiver une transgression, les professionnels disposent de différents moyens, dont les plus utilisés sont les examens biologiques. En pratique, ceci revient à réaliser des « prises d'urine » (PU) ou des éthylotests, aussi appelés « alcootests ». Prescrits par les psychiatres de l'unité, ils sont exécutés par l'équipe soignante. Comme l'extrait ci-dessus le suggère, la prise d'urine consiste à demander au patient d'uriner dans un pot en plastique prévu à cet effet ; le récipient est ensuite

envoyé dans un laboratoire pour analyse. Dans ce cas-ci, la demande est en réalité contrainte : il est attendu que le patient se soumette au test d'urine, au risque d'être sanctionné en cas de refus.

A. Susciter l'aveu, repérer la transgression

« Pourquoi on fait passer le test à tout le monde ? », s'enquiert Bastien. Ce jour-là, à l'unité B, le test d'urine généralisé suscite l'étonnement chez certains soignants, la pratique se veut généralement individuelle et cible un patient à la fois. « Il y en a pour qui ça ne sert à rien », ajoute-t-il. « C'est pour mettre tout le monde à zéro », rétorque Amina, infirmière. L'idée est d'éviter de pointer du doigt un patient en particulier. Toutefois, parcourant la liste des patients, les professionnels opèrent une première sélection, fondée sur leur jugement, et écartent ainsi les quelques patients qui, selon eux, sont les moins enclins à la consommation : « lui ça m'étonnerait grandement. Bon tu peux le barrer. Il nous en reste quand même beaucoup », constate Bastien.

Petits pots en plastique sous le bras, Amina, Bastien et Jonas retournent en salle pour demander aux patients s'ils doivent uriner. Quelques minutes plus tard, Vincent, psychiatre, fait une apparition dans le bureau. Au cours d'un bref échange avec les soignants présents, Amina l'interpelle : « est-ce que nous, infirmières, on peut annoncer aux patients les résultats [des prises d'urine] ? ». Je comprends que l'ancien psychiatre de l'unité s'y opposait. Vincent semble, quant à lui, plutôt favorable à l'idée « s'il n'y a pas de discussion et que le patient le reconnait [avoir consommé des substances] », précise-t-il. Des récipients remplis d'urine s'amassent sur un coin de la table principale du bureau des soignants. Ils révèlent une palette de couleur aux teintes plutôt variées, allant du jaune foncé au vert pâle. Amina arrive au bureau avec un énième pot d'urine dans les mains. Elle inscrit un « v » sur la liste à côté du nom du patient qui s'est soumis à la PU, et lance à ses collègues : « bon, il a avoué en fait », sans révéler de qui il s'agit. Bastien réagit en riant : « faut laisser reposer hein ! ».

La scène décrite montre la place centrale donnée à la reconnaissance et à l'aveu. Dans l'analyse du « traitement des candidatures » (voir le chapitre 3), j'ai montré que ces éléments constituaient un critère majeur de l'évaluation sur dossiers des nouvelles demandes de séjour et étaient le signe de la présence d'une autonomie morale et réflexive chez le candidat-patient, ce que j'ai appelé l'autonomie-responsabilité (voir le chapitre 4). Ici, l'examen d'une pratique d'intervention (réaliser une prise d'urine) fait apparaitre qu'ils sont également au cœur du

travail d'autonomie mené par les professionnels et qu'ils incarnent, non plus un critère d'évaluation, mais un registre d'action : *faire avouer*. Dans les extraits ci-dessus, un patient a en effet déclaré avoir consommé. Issu du champ policier, le registre de l'aveu revient à « créer les conditions pour que la parole se livre, se soumette et se conforme ; c'est savoir épuiser et affaisser les défenses et les résistances pour obtenir la capitulation. » (Proteau, 2009, p. 22). On repère d'ailleurs ce registre dans d'autres champs de l'action sociale, comme par exemple dans le cas du « contrôle des versements des aides sociales » en France, où « faire avouer » est « un moyen de résoudre le décalage entre la conviction du contrôleur et la justification formelle qu'il peut en produire » (Dubois, 2009, p. 45).

Dans le contexte des UPML, annoncer aux patients qu'une prise d'urine va être effectuée et s'organiser pour la faire de façon non-dissimulée (mettre des gants, préparer les pots) suffisent parfois à susciter l'aveu. Obtenir du patient la reconnaissance d'une infraction au règlement (ici, la consommation) est une des ambitions du test biologique. Une fois réalisée, l'analyse qui suit le test, permet un « repérage » (Protais, Litzler, 2018, p. 92) et une objectivation de la transgression, établissant de manière scientifique qu'une consommation de drogue a eu lieu. La preuve matérielle d'une consommation rend possible et légitime l'imposition d'une sanction, et protège ainsi les professionnels de la critique des pratiques arbitraires, qui seraient uniquement basées sur un jugement discrétionnaire.

Ce jour-là, malgré l'aveu d'un patient, les prises d'urine ne s'arrêtent pas pour autant, les professionnels veulent s'assurer qu'aucun autre patient n'est concerné. *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. »

(JT, unité B, 3 juin 2021)

Face au patient récalcitrant, l'éducateur n'a pas recours à la force ni à un mode de pression très contraignant afin de l'obliger à se soumettre au test. Il tente plutôt d'inciter le patient au moyen d'une technique *habile* (voir *supra,* point II.), 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 puisqu'il finit par accepter. Dans d'autres circonstances, il arrive néanmoins que les professionnels usent de pratiques plus contraignantes pour pousser le patient à obtempérer. Par exemple, à l'unité A, en raison du subterfuge d'un patient, qui avait rempli le pot d'urine de jus de pomme pour échapper à la sanction, le psychiatre a imposé un contrôle plus strict du déroulement des PU : les soignants doivent désormais se tenir à côté du patient lorsque celui-ci urine dans le récipient.

B. L'idéal de l'aveu spontané ou du « patient-partenaire »

À côté des contrôles réguliers et standardisés pour l'entièreté de la patientèle, les professionnels ciblent un patient en particulier dès qu'ils soupçonnent chez lui un comportement transgressif. Je m'appuie à présent sur une situation observée à l'unité A.

Il est 15h, c'est l'heure du goûter à l'unité A. Des mandarines et du jus d'orange attendent les patients dans le bureau des soignants. Maxime, un nouvel infirmier, s'en va chercher un alcootest pour Jibril, un patient. Il m'explique qu'il « ne pense pas qu'il a consommé », c'est un « test aléatoire ». Je me tourne vers Lucie, infirmière, et lui demande si cette pratique d'alcootest aléatoire est nouvelle, ne l'ayant encore jamais observée auparavant. Lucie confirme mais précise que « c'est juste pour lui, c'est pour l'aider à contrôler ses conso' ». Le patient consommerait à chaque permission de sortie, « et ça, ça n'est pas un bon mélange avec son valium, et lui supprimer ses sorties, ça ne va pas l'aider non plus ». Maxime revient et donne un éthylotest à Lucie. Elle est certaine qu'il a bu. Les deux soignants se disent qu'il vaut peut-être mieux attendre que leurs collègues soient présents, craignant que Jibril ne s'énerve (les deux collègues en question sont partis en renfort dans une autre unité). Ils décident finalement de procéder au test dans la salle de soins, à l'abri des regards. Je ne peux pas observer la scène mais j'apprends vite que tout s'est passé calmement. Plus tard, une de leurs collègues demande : « alors, l'alcootest de Jibril ? ».

Maxime, infirmier, réagit :
« Nickel ! Mais il a avoué autre chose… il a fumé du cannabis ».

Lucie, infirmière :
« Mais ça on le sait, il consomme tous les jours. Matteo [le psychiatre référent de Jibril] le sait aussi. »

Maxime, infirmier :
« Ah mais tu lui as demandé s'il consommait quelque chose ? »

Lucie, infirmière :
« Oui. »

Maxime, infirmier :
« Ah ok, ce n'est pas lui qui l'a dit spontanément. »

(JT, unité A, 4 novembre 2021)

Le contrôle par l'éthylotest imposé à Jibril a suffi à le mettre dans une position d'aveu pour autre chose : une consommation de cannabis, bien que celle-ci semble être connue de tous à l'unité et tolérée dans une certaine mesure (« mais ça on le sait, il consomme tous les jours »). La remarque de Maxime, jeune infirmier, fait apparaitre qu'un aveu spontané est un gage d'acquisition d'une autonomie-responsabilité suffisante : la révélation d'une infraction au règlement provient directement du patient, sans que les soignants ne doivent recourir à l'un ou l'autre mode de contrainte. Partant, c'est donc avec l'idéal du « patient-partenaire » (Marquis, Pesesse, 2021, p. 57), avec lequel un rapport de confiance est établi et suffisamment solide, que les soignants espèrent mener l'enquête.

C. La sanction : un dispositif de responsabilisation et de réparation

> Amandine 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. »
>
> *(JT, unité B, 4 octobre 2021)*

Une fois que la transgression est révélée, elle devient un outil de travail pour les professionnels. Dans le cas de l'éthylotest de Jibril (voir *supra,* point B.), Lucie s'inquiète des conséquences psychiques et somatiques qu'un mélange « drogue et médication » pourrait engendrer pour le patient. De plus, elle souhaite éviter l'imposition de sanctions trop contraignantes, n'y voyant pas de pertinence thérapeutique : « lui supprimer ses sorties, ça ne va pas l'aider non plus ». Si les preuves sont nécessaires pour imposer une sanction, elles peuvent aussi être utilisées comme un dispositif de dissuasion-protection : les professionnels tentent de convaincre le patient de renoncer à consommer et de lui faire prendre conscience de la dangerosité de son acte pour sa propre santé.

Dans le contexte médico-légal français des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), Caroline Protais et Alexandre Litzler montrent que la pratique du test biologique peut

à la fois revêtir une dimension dissuasive, qui vise à empêcher le patient de consommer, ainsi qu'une « dimension punitive », lorsqu'elle est associée à l'imposition d'une sanction (par exemple, une mise à l'isolement) (2018, p. 92). En ce qui concerne les UPML, à côté des deux dimensions précitées, et bien que le volet punitif de la sanction soit remplacé par un impératif sécuritaire dans le discours des équipes, s'ajoute un objectif de responsabilisation du patient interné, le mettant face à ses actions. Est visé ici le travail de l'autonomie-responsabilité. Préparer à la réinsertion, dans un contexte de psychiatrie légale ou *para-pénale*, consiste, dès lors, à faire de l'acte infractionnel un objet de l'intervention. On retrouve cette logique, qui s'apparente à une « clinique du passage à l'acte », dans le contexte des UHSA également (Collectif Contrast, 2015, p. 21) et de la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (Saetta, 2018), à la différence majeure que ceux-ci traitent de personnes déclarées responsables de leur actes.

De la même façon, une fois la sanction imposée, celle-ci ne vise pas seulement à réprimer ou à prévenir la récidive mais aussi à responsabiliser le patient. Du « faire avouer » par la démonstration des preuves, on passe ici au registre d'action qui vise à « faire réfléchir » le patient interné à sa situation. Autrement dit, si la sanction tend à *priver* le patient de quelque chose, selon le sens que lui confèrent les professionnels, elle est également censée permettre au patient d'en *retirer* quelque chose, servant cette fois un objectif d'apprentissage.

Lors d'une réunion organisationnelle, Amélie, psychologue à l'unité B, engage une discussion sur le sens de la sanction. Elle insiste sur la distinction entre « punition » et « sanction », la seconde étant préférée à la première car elle permet d'éduquer le patient.

> *Amélie, psychologue :*
>
> « La punition c'est plus fort, il y a une dimension de pouvoir, mais pas de dimension de réparation, ni de sens derrière. Ce ne sont que les faits qui résonnent. Ce n'est pas bénéfique pour *l'empowerment*. Mais la sanction, c'est une réponse privative à une transgression. Il y a une référence éducative de responsabilisation par rapport à un règlement. On est garant du rappel de la loi. »
>
> *(JT, unité B, 6 septembre 2021)*

En se déclarant « garant du rappel de la loi », en ce compris des conditions légales de la libération à l'essai, la psychologue rappelle à ses collègues qu'en tant qu'intervenant auprès d'un patient interné, ils ont une responsabilité vis-à-vis du pénal. Elle va même plus loin quand elle ajoute une autre dimension au registre de la sanction et de la responsabilisation : le travail d'autonomie du patient devrait également pouvoir encourager la réparation, au sens de la

restauration des liens sociaux. Ceci va plus loin que le simple fait de reconnaitre et de réfléchir à l'acte transgressif, il faut réparer le tiers lésé. Julie, une autre psychologue, développe cette idée, laissant entrevoir une vision très poussée du travail d'autonomie qui place le patient dans une position d'acteur de sa propre sanction :

> « […] C'est aussi l'idée de sanction-réparation car le patient doit aussi réparer ce qu'il a fait. On ne doit pas réfléchir pour lui à la sanction. Il faut regarder ce que le patient propose comme sanction ; par exemple : "je jette un mégot par terre" et lui demander ce qu'il propose pour réparer ça. »

Tout le dépistage d'une transgression liée à une consommation, qui constitue une infraction majeure au règlement interne des unités, est un travail compliqué pour les professionnels et les soignants de première ligne, qui se substituent au travail des agents de l'Etat, chargés de la sécurité : « on a un rôle difficile, car on est garant des conditions pour lesquelles le patient est enfermé », rappelle Marc, psychiatre *(JT, unité B, 4 octobre 2021).*

3. Du soupçon à la sanction : une pratique d'entre-soi

> Ce matin, j'arrive à l'unité A, j'aperçois quelques patients agglutinés devant leurs chambres. Nora, criminologue, est présente également, ainsi que quelques infirmières. Elles portent des gants bleus (d'habitude elles n'en n'ont pas). S'enchainent une succession d'allées et venues entre les chambres des patients et le bureau des soignants. Je sens qu'il y a quelque chose d'inhabituel mais je ne peux pas encore l'expliquer. Une stagiaire entre dans le bureau et me salue « bonjour Madame ! », je lui réponds qu'elle peut m'appeler Sophie. Elle m'explique qu'elle est « en troisième année infirmière » et, qu'aujourd'hui, il y a une fouille générale des chambres car il y a « une suspicion d'entrée de drogue dure ». « Peut-être de l'ecstasy, je ne suis pas sûre », me dit-elle. Elle poursuit ses explications : « nous les stagiaires, on ne participe pas [à la fouille], on observe, on essaye de détendre les patients car les fouilles, c'est difficile pour eux ». J'observe quelques patients adossés au mur du couloir principal qui longe leurs chambres. Ils ont l'air d'attendre, sans doute espèrent-ils que tout aille bien. Marie, infirmière, arrive dans le bureau, « ah, journée compliquée ! ». Elle explique à une autre infirmière (qui est venue en renfort d'une autre unité pour des patients mis en observation) que lundi, un patient aurait consommé « de la pâte de speed », qu'il était « dans un état pas possible » et que, hier soir, même constat pour un autre patient. « On a donc décidé de fouiller toutes les chambres ». Une infirmière revient de l'une des chambres, elle a ramené un joint et un cintre, ou du moins ce qu'il en reste : il est tortillé dans tous les sens. L'infirmière brandit le cintre telle une pièce à conviction : « c'est trop suspect de garder ça dans une chambre ».
>
> *(JT, unité A, 28 avril 2021)*

La fouille générale des chambres en UPML n'est pas systématique. Elle est ordonnée par le psychiatre lorsqu'une transgression est jugée suffisamment grave par les professionnels (suspicion de consommation de drogue « dure » et, surtout, de l'entrée de la substance dans l'unité). À l'instar des PU, elle vise à trouver la trace d'une transgression. Habituellement utilisée dans un contexte carcéral (Daems, 2014)[167], elle place les soignants dans une posture sécuritaire, et même pénitentiaire, donnant ainsi une certaine épaisseur au contexte hybride – entre soin et sécurité – dans lequel s'inscrit l'intervention des UPML. Comment les professionnels et, en particulier, l'équipe de première ligne, vivent-ils cette immixtion du pénal dans leurs pratiques de soignants ? Ce dernier point met en lumière que le rôle du « soignant-policier », généré par le processus d'enquête et de récolte de preuves, est, d'une part, difficile à tenir pour certains professionnels (A.) et, d'autre part, une façon pour les unités de conserver la gouvernance des activités *intra-muros*, maintenant à distance le tiers pénal (B.).

A. « Ce n'est vraiment pas la meilleure journée au monde, je déteste ça ! » : endosser le rôle du soignant-policier

Si la fouille des chambres vient brusquer et intensifier le quotidien des unités, l'extraordinarité de la pratique n'empêche pas les professionnels de savoir pertinemment quoi faire et comment procéder. Chacun s'adonne à sa tâche : les soignants fouillent et collectent tous les éléments suspects provenant des affaires personnelles des patients, inspectant les lits et les armoires jusqu'à l'arrière des radiateurs et au fond des toilettes. Les stagiaires, quant à eux, observent et tentent d'apaiser les esprits au besoin. Les autres membres de l'équipe sont parfois là en renfort, principalement pour rassurer les patients. Quant à moi, ce jour-là, je n'ai fait qu'observer la scène.

> *Nora, criminologue :*
> « Je ne t'ai même pas dit bonjour, Sophie ! Désolée ! On est pris par tout ça [la fouille] aujourd'hui. »
>
> *Sophie, chercheuse :*
> « Pas de soucis, je comprends. »

[167] La fouille à l'UPML peut aussi viser des pratiques plus ponctuelles et ciblées, par exemple quand les professionnels sont amenés à vérifier les colis que reçoivent les patients. En prison, l'activité est plus développée et systématisée, visant à la fois la fouille des affaires et des vêtements du détenu et aussi la fouille au corps. Voy., Daems, T. (2014), « Ceci N'est Pas Une Fouille À Corps » : The Denial of Strip Searches in Belgian Prisons. Dans M. Deflem, *Punishment and Incarceration: A Global Perspective* (Sociology of Crime, Law and Deviance, Vol. 19, pp. 75-94). Emerald Group Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S1521–613620140000019003

> Nadia, infirmière, revient d'avoir fouillé une chambre. Elle dépose un sac en plastique sur le bureau ; celui-ci contient une cuillère et d'autres petits objets métalliques. Elle me regarde en riant : « hé ben, t'es venue le bon jour toi ! ». Nadia se plaint d'avoir mal au dos « il faut vraiment tout fouiller, il y a des patients qui cachent bien leurs trucs ». Je lui demande si cette opération est systématique et à quelle fréquence elle a lieu : « oh non, c'est très rare, ça n'arrive jamais de faire ça ! ». Je m'aventure dans le couloir principal, je passe devant une chambre et j'y jette un rapide coup d'œil : la porte est entre-ouverte, j'aperçois deux infirmières pliées en deux en train d'inspecter le dessous du lit, les draps, la couette, tout dans les moindres recoins.
>
> *Maud, infirmière,* revient au bureau avec une fourchette et remarque ma présence :
> « Oh, du coup, avec tout ça, je ne t'ai même pas dit bonjour ! »
>
> *Sophie, chercheuse* :
> « Pas de soucis. »
>
> *Maud, infirmière* :
> « Je dois déjà y retourner. »
>
> *Sophie, chercheuse* :
> « Courage ! »
>
> *Maud, infirmière,* s'en va presque en courant :
> « Merci ! »

Fin avril 2021, cela fait près de deux mois que j'observe les pratiques sur ce terrain, les professionnels sont habitués à me croiser. Or, le jour de la fouille, comme l'extrait le montre, ma présence est remarquée par les professionnels, qui ne manquent pas de le souligner, s'excusant presque de ne pas m'avoir saluée. Peut-être s'étonnent-ils ou s'inquiètent-ils de ma venue à l'unité « un jour pareil » ? Marie, infirmière, annonce que « maintenant, c'est autour de Monsieur I ». Je comprends que l'équipe ne fouille pas chambres après chambres, ni lits après lits, mais patients après patients. Les soignants cherchent à savoir qui a consommé quoi et où se cache l'objet du crime.

> Marie se plaint de transpirer dans les gants bleus, « allez presque fini, ça fait quasi deux heures qu'on est occupé ! C'est pas gai en plus ». Au bout d'un moment, j'ose poser la question fatidique : « avez-vous trouvé ce que vous cherchiez ? ». Une infirmière que je ne connais pas, venue en renfort d'une autre unité, me répond sans détour : « bah non… ils sortent de prison ces gars-là, ils sont beaucoup plus malins que nous. On est des petits innocents à côté, ils ne vont pas cacher ça dans une poche de training ». Elle m'explique ensuite qu'elles ont finalement trouvé une « preuve de consommation » mais pas « la substance en soi ».

La remarque de l'infirmière attire mon attention. Elle met en évidence ce qui, selon elle, caractérise la patientèle des UPML : avant d'être des patients, la plupart étaient des détenus

incarcérés. Et, toujours selon ses dires, ces derniers auraient donc développés des stratégies afin de camoufler leur implication dans des actions répréhensibles. La représentation qu'elle se fait du patient interné est largement partagée dans le sens commun, où le « fou criminel » est très souvent associé à la figure du « monstre dangereux ». Sa perception se distingue de celle des professionnels qui travaillent à l'UPML. Si ceux-ci savent pertinemment que leurs patients sont passés par la case prison ou des structures hautement sécurisées, dans leurs discours, ils ne les réduisent quasiment jamais à cette étiquette, s'y référant plutôt comme des « patients psychiatriques ». Toutefois, l'analyse des pratiques montre que la dimension pénale n'est jamais très loin. La fouille se poursuit.

B. Des pratiques de soin pénalisées

> Solange, infirmière, arrive au bureau : « ah, c'est vraiment pas la meilleure journée au monde, je déteste ça ! ». Delphine, l'infirmière en chef, m'explique, ainsi qu'aux stagiaires, qu'ils essayent de ne pas appeler la police dans des cas comme ça, « on trouve ça trop traumatisant ». Elles demandent ensuite aux stagiaires comment elles ont vécu la matinée : « c'est impressionnant, mais ce n'est pas comme dans les films ! », réagit l'une d'entre elles, sur le ton de l'humour.

La fouille fait apparaitre au moins trois types d'épreuves pour les soignants. Premièrement, l'activité est physiquement éprouvante. Ce jour-là, la fouille a duré près de deux heures et demie. À côté des nombreuses allées et venues entre les chambres des patients et le bureau des soignants à chaque découverte d'un possible indice, les soignants ont parfois été amenés à adopter des positions de contorsionniste afin de ne rien laisser au hasard. Deuxièmement, l'activité peut générer des émotions fortes, surtout dans le chef des patients. La tension est palpable à l'unité. L'équipe veut éviter l'escalade. En parallèle de la recherche de preuves, c'est tout un travail de gestion du stress qui s'opère. Nora, criminologue, a passé un long moment dans le couloir pour tenter d'apaiser les patients. Certains sont ennuyés de l'intrusion dans leurs affaires, d'autres semblent quelque peu inquiets. Néanmoins, à la différence de l'opération « prises d'urine » à l'unité B, personne ne s'est dénoncé. Troisièmement, la pratique de la fouille contraint les soignants à endosser un rôle d'enquêteur-contrôleur dans un objectif de maintien de l'ordre, qui fait écho à la fois à la pratique policière et au travail des agents pénitentiaires. L'épreuve se situe au niveau du croisement de deux champs d'intervention (le travail policier/pénitentiaire et le travail psychiatrique), qui vient perturber « l'ordre institué » (Lemieux, 2018, p. 26) et dont l'imbrication est souvent mal vécue par les soignants.

Après avoir prescrit un examen biologique ou ordonné une pratique de dépistage, et sur la base de l'ensemble des preuves récoltées, le psychiatre peut décider d'imposer une sanction (dans ce cas-ci, une mise à l'isolement, voir *supra*). À côté des soignants-policiers, le médecin se transforme, à son tour, en psychiatre-juge, celui qui instruit et celui qui condamne, alors que les deux professions sont souvent mises en tension dans le contexte de l'internement, notamment quand vient la question de l'expertise psychiatrique (Cartuyvels, 2012). Partant, la division du travail entre les professions liées aux soins de santé mentale d'un côté, et celles de la justice pénale de l'autre, devient floue. Si le mélange des rôles peut être pesant pour bon nombre de professionnels, la pratique se justifie, en réalité, par le fait qu'elle permet de tenir à distance le tiers pénal, ce qui concrètement évite de faire entrer à l'unité de « vrais » acteurs de la justice. Ainsi, les professionnels maintiennent un certain niveau de contrôle sur leurs interventions et évitent toute ingérence de la part des acteurs extérieurs. Là où la justice pénale statue sur les sorties et l'avancement dans le TSI (voir le chapitre 4, point II), la contrainte à l'hôpital médico-légal est une pratique de l'entre-soi : la régulation des transgressions et les sanctions sont gérées en interne, ce qui permet à la fois aux professionnels de conserver une certaine autonomie professionnelle et aussi d'échapper à des formes de contrôle par des tiers extérieurs. Néanmoins, on verra dans le dernier chapitre que la mise à distance des acteurs de la police n'est pas toujours facile à garantir (voir le chapitre 6).

> Passé 11h, la fouille a pris fin. La tension est redescendue dans l'unité. Les patients ont pu regagner leur chambre. Je comprends que Monsieur Roseau est le patient qui a consommé (de l'ecstasy) et qu'il se trouve depuis hier « à l'iso ». Marie, infirmière, s'installe devant l'un des trois ordinateurs du bureau des soignants et commence à rédiger une note dans le logiciel afin de documenter le déroulement de la fouille. Elle lit à voix haute ce qu'elle écrit : « en raison des multiples consommations dans l'unité, le patient a été accompagné dans l'inventaire de ses affaires personnelles ».

Après la fouille, le travail des soignants ne s'arrête pas pour autant : l'heure est au rapportage de l'activité. Il faut écrire et décrire le travail qui a été fait. « En raison des multiples consommations dans l'unité, le patient a été accompagné dans l'inventaire de ses affaires personnelles » : la tournure employée par Marie pour décrire la fouille des chambres des patients, qui n'ont pas eu leur mot à dire, peut surprendre. Ce faisant, l'infirmière tente d'identifier un point d'appui normatif afin de trouver du sens dans l'activité, ce qui renvoie à une vision particulière du soin. Les mots choisis euphémisent la pratique de contrainte et placent le patient au même niveau que les soignants, donnant à voir une conception partenariale du

travail d’autonomie (accompagner, agir avec), ce qui fait écho aux principes du rétablissement, qui guident l’activité des UPML (voir le chapitre 2).

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Dès son arrivée à l'UPML, le patient interné est incité à participer activement au travail d'autonomie pour augmenter ses chances d'une réinsertion accomplie, en dehors de l'hôpital. Les professionnels, qui veulent à la fois pallier le manque d'autonomie du patient et ajuster celle-ci aux attentes normatives de l'intervention, sont amenés à exercer des formes de pression sur le patient. Ce chapitre a tenté de donner un aperçu des modes d'action des professionnels des UPML et, par contraste, de ceux de l'équipe mobile TSI, qui caractérisent le travail d'autonomie et de préparation à la réinsertion.

Un premier travail d'intériorisation du cadre, qui organise les séjours à l'UPML, est bien souvent insuffisant pour ajuster l'autonomie des patients. La singularité et la complexité des situations personnelles des patients poussent les professionnels à adapter leur façon d'intervenir en fonction des cas qui se présentent à eux et à agir de façon pragmatique au moyen de formes de chantage, de promesses et de ruses. Mais il arrive que les patients transgressent le cadre établi, et que l'adhésion et l'ajustement à celui-ci échouent. Les professionnels se tournent alors vers un mode d'intervention particulier qui appelle un niveau plus élevé de contrainte : la sanction. Dans le contexte des unités, imposer une sanction à un patient revient à temporairement le mettre à l'écart. La sanction revêt plusieurs dimensions (dissuasion, protection, sécurité) mais vise aussi à éduquer le patient en l'empêchant et/ou en le privant de quelque chose (une privation matérielle comme la confiscation d'une drogue ou une restriction des capacités de mouvement). L'autonomie-responsabilité est principalement visée, l'idée étant de tenter de mettre le patient dans une posture réflexive quant à ses actes, afin qu'il retire quelque chose de la transgression. À l'inverse, les professionnels de l'équipe mobile TSI revendiquent une intervention plus partenariale, agissant, dans la mesure du possible, avec le patient plutôt que pour ou contre lui. La pratique ambulatoire intervient également pour le trajet de soins en lui-même, favorisant l'avancée du patient dans le parcours d'autonomie et, de la même façon, épaulant les autres institutions de l'internement.

À côté de l'état des lieux des différents modes d'action décrits dans ce chapitre, l'analyse montre qu'en réalité, les pratiques de contrainte ne se produisent jamais dans un éther mais sont, au contraire, toujours prises dans un contexte social qui fait peser des injonctions fortes et parfois contradictoires sur l'intervention des professionnels. On décèle en effet des formes de contrainte très spécifiques selon le terrain (UPML ou équipe mobile TSI), tant le contexte

institutionnel est déterminant. Pour le dire simplement, les conditions de possibilité de l'intervention hospitalière ou ambulatoire font parfois pression sur le travail des équipes, qui se retrouvent, en quelque sorte, forcés à exercer de la contrainte. La démarche n'a pas servi à justifier moralement et outre mesure certaines pratiques, ni à en condamner d'autres, mais a plutôt tenté de les expliquer sociologiquement, en prenant la mesure du contexte dans lequel ces pratiques évoluent au fur et à mesure et dans lequel les acteurs (inter)agissent.

Les pratiques d'intervention des UPML, détaillées dans ce chapitre et replacées sur un continuum afin de faire apparaitre les différents niveaux de contrainte mobilisés, appartiennent au registre d'action qui consiste à « faire agir » le patient, tout en agissant sur sa volonté selon des degrés variés. Le dernier exemple donné, celui de la fouille généralisée des chambres des patients à l'unité A, suggère que recourir à ce type d'intervention n'est pas toujours chose aisée pour les premiers opérateurs : des désaccords peuvent survenir entre collègues ou entre les patients et les professionnels quant à la meilleure façon d'agir, et des inquiétudes peuvent être perçues quant à l'issue de certaines situations. Le travail d'autonomie devient alors une épreuve à part entière, mettant en péril le cadre d'intervention. Dans le chapitre suivant, je reviens sur l'usure que peut générer l'intervention et sur la teneur et l'ampleur des réflexions des différentes équipes quant à ce qu'il convient de faire face à des situations qui paraissent parfois impossible à résoudre.

CHAPITRE 6

EPROUVER LE TRAVAIL D'AUTONOMIE, PROTEGER L'INTERVENTION : ENJEUX DE REFLEXIVITE PROFESSIONNELLE

INTRODUCTION DU CHAPITRE 6

Un lundi matin à l'unité A, Magali et Maud, infirmières, ainsi que Charlotte, assistante sociale, échangent sur les futures nouvelles unités de l'hôpital ainsi que sur la nouvelle philosophie de soins, fondée sur le « rétablissement », qui accompagne le déménagement de l'unité. La discussion porte sur ce qui pourrait changer, dans un futur proche, quant à leur façon d'intervenir auprès des patients.

Magali, infirmière :
« Ici [à l'unité A], ça va changer. On va moins forcer les patients à se lever. S'ils ne viennent pas au petit déjeuner, eh bien tant pis ! »

Charlotte, assistante sociale :
« C'est bof ça. »

Magali, infirmière :
« Bah non, et quand ils seront chez eux ? »

Charlotte, assistante sociale :
« À [une autre unité du même hôpital], ils ont plus de liberté mais, ici, il y a des conditions de libération [à l'essai]. Il faut quand même les stimuler un peu. »

Maud, infirmière :
« Ici [à l'unité A], le week-end, c'est porte ouverte hein ! Je ne pense pas que ça va changer grand-chose, [les patients] viendront pour leur traitement car ils le savent. »

Magali, infirmière :
« Oui, c'est comme les horaires de cantine, il faut les habituer pour quand ils seront chez eux. »

Maud et *Magali, infirmières*, se rappellent de la période pré-covid :
« Il y avait encore plus d'horaires […]. On fermait les portes des chambres exprès pour les forcer à ne pas y rester, mais maintenant on ne fait plus ça. »

Magali, infirmière :
« Moi, tous ces horaires, je trouve ça trop enfantin. Ici, il faut les autonomiser. »

Charlotte, assistante sociale :
« Oui, j'ai revu Monsieur F. qui est sorti [de l'unité A] il n'y a pas si longtemps, il était tout perdu car il avait trop de liberté. »

Magali, infirmière :
« Si on acceptait de leur donner un paquet de chips quand ils regardent la télé, ils cacheraient peut-être moins de nourriture en chambre… »

(JT, unité A, 18 octobre 2021)

Dans l'extrait ci-dessus, Magali interroge un aspect du cadre d'intervention et explique à ses collègues que, dorénavant, au nom de l'autonomisation des patients, les professionnels vont « moins forcer les patients » à faire ce qu'ils voudraient qu'ils fassent, ici en l'occurrence, se

lever aux horaires déterminés par l'équipe. Son argument en faveur d'un moindre recours à la contrainte repose sur l'idée qu'il faut préparer le patient à la vie en dehors des unités (« et quand ils seront chez eux ? »), là où il n'y aura peut-être pas autant de contraintes ni même personne pour s'assurer que le patient se lève à une heure raisonnable. Au fil de la discussion, Magali soutient également l'idée selon laquelle il est tout de même bon « d'habituer » le patient à suivre une routine de vie au sein de l'unité, c'est-à-dire l'y contraindre dans une certaine mesure, afin de le préparer à une réinsertion dans un lieu de vie extrahospitalier. Au final, elle adopte une lecture critique du travail d'autonomie tel qu'il est pratiqué, jugeant cette façon de faire trop infantilisante. Néanmoins, elle ne dispose pas d'une grande marge de manœuvre pour réellement changer les façons de procéder à l'unité.

La brève incursion réflexive représentée dans l'extrait ci-dessus est un phénomène assez courant sur le terrain des UPML. Le chapitre précédent a mis en avant le fait que travailler l'autonomie des patients internés renvoie à différents modes d'intervention qui font appel à des degrés de contrainte plus ou moins élevés. Si, la plupart du temps, les professionnels exécutent leurs tâches avec un certain automatisme, en d'autres occasions, les façons d'agir à l'unité sont questionnées par l'équipe. Les professionnels, et surtout les soignants de première ligne, sont des acteurs pragmatiques en ceci qu'ils tentent d'adapter, dans la mesure du possible, leur cadre de travail aux situations uniques qu'ils rencontrent (voir le chapitre 5, point I. 2.) ; mais ce sont également des acteurs réflexifs car ils remettent en question le cours de l'action au moment où celle-ci s'accomplit et, aussi, lors d'instances collectives de discussions formelles ou informelles. Au cours de ces échanges « à chaud » (en salle) ou « à froid » (en réunion), la légitimité de leur travail est engagée. Dans ce chapitre, je déplace la focale sur les « opérations critiques » (Boltanski, 1990, p. 130) des acteurs de terrain : je me place *avant* et/ou *après* l'intervention directe des professionnels, cherchant à rendre compte de la manière dont ils qualifient et évaluent les situations quotidiennes de leur travail et, en particulier, celles qui posent des difficultés considérables. Ce dernier volet de la thèse tente de refermer certaines boucles déjà amorcées dans les chapitres précédents.

Les précédents chapitres ont montré la portée prudentielle qui caractérise les pratiques professionnelles à l'étude, mettant en évidence que la professionnalité des équipes des UPML et celle des équipes mobiles TSI, « repose en grande partie sur l'existence d'instances de réflexion collective, que celles-ci soient informelles (autour de la machine à café par exemple) ou plus formelles (réunions cliniques, dispositifs d'analyse de la pratique, etc.) qui assurent le

pilotage de l'action "par l'aval" et la délibération » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 81), comme on l'a montré pour le traitement des candidatures (chapitre 3) ou l'évaluation des progrès et des projets de sortie des patients (chapitre 4). Le chapitre 5, quant à lui, a mis en évidence que rendre autonome, mobilisant différents degrés de contrainte, n'est pas un exercice facile. Quand le travail d'autonomie s'avère plus complexe que prévu, cela peut engendrer de l'usure et gâcher l'intervention. L'observation et le compte-rendu de ces formes d'érosion du travail d'ajustement de l'autonomie révèlent les façons dont les professionnels vont qualifier et interpréter une situation qu'ils jugent problématique pour ensuite tenter de la « gérer » en interne. Le problème « clinique » fait apparaître un problème d'équipe. L'analyse à partir d'une chronique en crescendo d'un « cas » jugé très complexe par les professionnels met en lumière certains enjeux liés aux (dys)fonctionnements de l'équipe (I.). La pratique réflexive des professionnels, essentiellement basée sur le raisonnement collectif par la parole, peut également prendre appui sur des outils matériels, spécialement conçus afin d'organiser et de formaliser ces formes de « reprises de l'action » (Ravon, 2012, p. 97), ou sur des expertises externes d'aide à la remise en question professionnelle. L'évaluation du travail de l'équipe par l'équipe est mise au premier plan (II.). Enfin, lorsque les interprétations de sens sur l'intervention et la recherche de solutions ne suffisent plus à mener à bien le travail, il arrive que les professionnels décident de mettre un terme à la prise en charge. L'équipe se tourne vers le tiers pénal dans l'ultime but de sauver l'équipe (III).

Dans ce chapitre, deux « cas » de patients internés, l'un à l'unité A (Monsieur Lefebvre), l'autre à l'unité B (Monsieur Maputo), sont particulièrement mis en exergue en support de l'analyse. Sur le terrain des UPML, si ce n'est pas la majorité des patients qui posent des difficultés à l'équipe, la majorité des difficultés rencontrées peuvent être illustrées à la lumière des deux « cas » précités, ce qui justifie leur mise en évidence dans les pages qui suivent. Autrement dit, ces derniers ont été sélectionnés car ils recouvrent à eux seuls plusieurs éléments pertinents pour l'analyse proposée, sans pour autant représenter des cas tout à fait exceptionnels. En outre, ces situations font aussi partie de celles les plus documentées empiriquement, en raison du nombre élevé d'occurrences de leur situations respectives lors des délibérations, formelles ou informelles. Dans une moindre mesure, d'autres extraits se rapportant à d'autres patients seront également mobilisés.

I. L'épreuve de l'autonomie mal ajustée : l'intervention menacée

Dès mes premiers pas au sein des deux UPML investiguées (l'unité A puis l'unité B), il est très vite apparu que certains patients posaient de sérieuses difficultés à l'équipe en ceci que, pour ces derniers, le travail d'autonomie et de préparation à la sortie semblait extrêmement complexe. Ces situations jugées problématiques par l'équipe étaient révélées par les nombreuses plaintes des soignants dans le feu de l'action et par le temps accordé à ces « cas » dits difficiles lors des discussions collectives et, notamment, pendant les réunions cliniques. Prenant appui sur une de ces situations particulières, celle de Monsieur Lefebvre, qui a mobilisé une grande partie de l'action mais aussi les capacités réflexives des professionnels de l'unité A et ce, pendant la quasi entièreté de mon terrain ethnographique, je montre comment les membres de l'équipe rapportent entre eux les difficultés que peut générer une situation compliquée. L'enjeu ici n'est pas de montrer comment Monsieur Lefebvre est concrètement évalué par l'équipe, les chapitres précédents ayant déjà mis en avant l'objet et le cadre des évaluations qui portent sur les patients (chapitres 3 et 4), mais d'analyser la façon dont l'équipe « gère » cette épreuve. Si la situation est plutôt exprimée en des termes cliniques, elle est en fait mise au jour par l'épuisement des professionnels, et surtout des soignants de première ligne, mettant en avant que ce qui pose réellement problème n'est pas tant la quasi-impossibilité de rendre un patient suffisamment autonome d'ici la fin de son séjour, que la mise en péril du travail de l'équipe.

Monsieur Lefebvre est un homme d'une trentaine d'années interné depuis plus de dix ans pour des faits graves de violence. Au moment de l'enquête de terrain, il est libéré à l'essai et réside depuis près d'un an au sein de l'unité A. D'après l'évaluation des professionnels, il est considéré comme « psychotique » et présente des traits « antisociaux » et « *borderline* », bien que les psychologues et les criminologues remettent parfois en question ce diagnostic : selon eux, s'appuyant notamment sur une évaluation psychométrique du risque (voir le chapitre 4, point III), le « trouble de la personnalité » décelé chez le patient serait moins secondaire qu'il n'y parait[168] (voir *infra*, point 3). Le patient est considéré par les soignants comme un patient « transgresseur » qui « met à mal toute l'équipe ». À l'issue d'une réunion clinique, Matteo, psychiatre et référent de Monsieur Lefebvre, le décrit comme quelqu'un de « très chronophage » qui est « en recherche constante de quelque chose pour le mettre en échec ». Dès mon arrivée à l'unité, j'entends en effet beaucoup parler de ce patient car il fait l'objet de

[168] Pour rappel, un des critères formels d'inclusion pour un séjour en UPML est un diagnostic primaire de psychose qui peut se combiner à un diagnostic secondaire, c'est-à-dire qui ne se manifeste qu'au second plan, de trouble de la personnalité, d'assuétude ou encore de handicap mental (voir le chapitre 2).

nombreuses discussions lors des réunions cliniques et dans le bureau des soignants en raison de son comportement jugé très « déstructuré ». Est mentionné, par exemple, l'épisode où il aurait donné « sa ©Ritaline » (un médicament qui agit contre l'hyperactivité) à un autre patient de l'unité, estimant que ce dernier en avait besoin et lui demandant, en échange, de pouvoir utiliser son téléphone portable. L'affaire est qualifiée par les soignants de « *deal* de médicaments ». Ces derniers s'inquiètent d'un tel comportement au sein du service. Quand ils évoquent, en réunion, la situation de Monsieur Lefebvre, les professionnels font également état de ses « projets grandioses » : une infirmière explique, par exemple, qu'il « veut lancer une nouvelle marque de bière qu'il nommera "la trique" », ce qui fait beaucoup rire l'équipe. Il aurait aussi demandé à l'assistante sociale de pouvoir utiliser les 300 euros qu'il possède sur son compte bancaire afin de suivre une formation dans le domaine du bien-être et de l'esthétique, ce qui rend certains soignants perplexes en raison de son caractère « très désinhibé » et de précédents faits présumés d'agression[169]. De son côté, Monsieur Lefebvre a entrepris toutes les démarches nécessaires pour mener à bien cette formation, prouvant qu'il a de quoi la financer et renseignant l'équipe sur la date et l'heure de celle-ci[170]. « On attend les prochaines aventures… », lance le psychiatre sur un ton moqueur.

Pour tenter de prévenir « une catastrophe », les soignants usent de tous les moyens dont ils disposent et qu'ils ont l'habitude de mobiliser pour ajuster au mieux l'autonomie du patient, ayant recours à des techniques de contrainte plus ou moins fortes, comme décrites dans le chapitre précédent (usage de la menace, recours à des formes de chantage et de ruse, imposition de sanctions temporaires). Ce travail d'ajustement ne faiblit pas et est répété pendant toute la durée de l'hospitalisation du patient (et la durée des observations ethnographiques). Néanmoins, au fur et à mesure des semaines qui passent, les nombreuses tentatives de travailler l'autonomie et, en revers, de canaliser la dangerosité du patient, engendrent des formes de fatigue et d'« usure professionnelle » et ce, surtout chez les soignants de première ligne (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 74). Monsieur Lefebvre, quant à lui, est irritable et contrarié par les interventions à son égard, qu'il juge « répressives ».

[169] Le patient n'a jamais été condamné pour ces faits-là et il ne s'agit pas non plus des faits qui ont mené à l'internement.

[170] Pour cet exemple en particulier, voy. De Spiegeleir, S. (2023), « On est dans une position de contrôleurs malgré nous » : enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone. *Revue du CREMIS*, *14*(1), 32-38. https://cremis.ca/publications/articles–et–medias/on–est–dans–une–position–de–controleurs–malgre–nous/

Dans ce premier point, je procède en trois temps, chacun faisant référence à un moment précis de l'intervention auprès de Monsieur Lefebvre. D'abord, à partir d'une activité de « reprise de l'action » (Ravon, 2012, p. 97), lors d'une « réunion bilan », je rends compte de la façon dont l'équipe qualifie les dysfonctionnements liés à l'intervention auprès de Monsieur Lefebvre : l'évaluation porte moins sur les capacités du patient que sur le travail de l'équipe en lui-même, les deux étant en réalité indissociables l'un de l'autre (1.). Ensuite, quelques semaines plus tard, malgré la suggestion de nouvelles lignes directrices, censées guider et améliorer la prise en charge dudit patient, la situation ne s'améliore pas et l'usure des professionnels grandit. Le compte-rendu d'un épisode survenu en salle, qui met particulièrement en évidence l'érosion du travail de l'équipe, met en exergue au moins deux enjeux professionnels (d'ordre éthique et relationnel), assez communs pour ce type d'intervention (2.). Enfin, les choses continuent à se dégrader. Les ressources internes s'épuisent. Un ultime moment de réflexion collective sera nécessaire à l'équipe, faisant intervenir une autre expertise psychiatrique, afin d'essayer de surmonter l'épreuve d'une autonomie mal ajustée (3.).

1. « On n'est pas en train de faire un mauvais travail avec lui » : qualifier le problème, trouver des solutions, évaluer l'intervention

À l'unité A, des réunions dites « réunions bilans » sont organisées à intervalles réguliers. Ce type d'instance collective, à la différence des réunions cliniques hebdomadaires, vise à discuter de la situation d'un seul patient pendant environ une heure. La réunion rassemble uniquement les référents du patient, c'est-à-dire les professionnels de l'unité qui sont « en charge » de son suivi rapproché pendant l'hospitalisation (voir le chapitre 2). À première vue, le but des échanges est d'évaluer et de rendre compte de l'adhésion du patient au cadre de l'unité et de ses progrès en vue d'une future sortie définitive ; faisant office de bilan des capacités plutôt que de bilan de santé. Mais, en réalité, l'analyse des échanges lors de la réunion montre qu'on a plutôt affaire à une forme de bilan de l'intervention : si la situation, jugée problématique, est interprétée et appréhendée en des termes cliniques, elle concerne les dysfonctionnements du travail de l'équipe. Autrement dit, ce n'est pas tant (l'autonomie de) Monsieur Lefebvre qui est ici évalué(e), bien que ce type d'évaluation fasse aussi partie intégrante du travail des UPML (voir les chapitres 3 et 4), mais la pratique de l'équipe elle-même, en ce compris la façon dont les professionnels déterminent ce qu'est une « bonne » façon d'agir en général et dans ce cas-ci, auprès du patient concerné.

Le 7 mai 2021, j'observe une de ces réunions qui traite exclusivement du « cas » de Monsieur Lefebvre. Ce jour-là, six professionnels sont présents : deux infirmières dont l'infirmière en chef, une criminologue, une psychologue, une assistante sociale et un des deux psychiatres de l'unité. L'enjeu de la réunion porte sur le constat que le travail standard, c'est-à-dire celui basé sur les règles que l'équipe se donne, ne fonctionne plus. L'équipe de première ligne se sent démunie face au comportement du patient et se saisit de l'opportunité de la réunion pour demander l'avis des collègues qui interviennent de manière plus sporadique auprès de ce dernier.

Delphine, infirmière en chef, prend la parole en premier lieu et précise directement l'objectif de la réunion : l'idée est de « rassembler les vécus » des soignants vis-à-vis du patient en question et de « voir comment on fait ». Matteo, psychiatre, ouvre son ordinateur et jette un œil aux « résultats psychométriques de Monsieur Lefebvre ». Il parcourt en silence le document qu'il a sous les yeux, « excusez-moi, je lis ça pour la première fois ». Aline, criminologue, explique qu'elle a rempli la PCL-R (une échelle qui sert à mesurer le niveau de psychopathie[171]) et qu'elle a « coté » l'échelle de façon assez élevée, c'est-à-dire qu'elle a toujours signifié la présence de facteurs de risque (voir le chapitre 4). Matteo lit tout haut quelques éléments que j'énumère ici : « plutôt ouvert », « honnête », « structure psychotique », « difficulté de concentration », « hostile », « beaucoup de projets ». Il semble approuver les résultats de l'évaluation psychométrique : « ok, je suis d'accord ». Il poursuit : « pensées suicidaires », « agitation », « suspicieux,… bon ok, il y a des choses intéressantes mais peut-être que ça ne nous intéresse pas de tout lire comme ça ». Delphine, infirmière en chef, intervient, qualifiant la situation de « compliquée ». Elle insiste sur le fait qu'ils ne savent pas « comment gérer ça » : « au sein de l'équipe [soignante], on est au clair sur le fait que Monsieur est déstructuré. La prise en charge qu'on fait est déstructurée au même titre que lui. On a besoin de votre regard en tant qu'autres professionnels pour qu'on puisse se réajuster ».

Delphine énonce clairement les attentes qu'elle a de la réunion : un partage d'expertise avec ses collègues ; ceux qui ne travaillent pas ou qui travaillent moins en salle et qui ne suivent donc pas de près les situations au quotidien. Elle souhaite qu'ils proposent quelques pistes afin que

[171] La *Psychopathy Checklist-Revised* ou l'échelle de Psychopathie de Hare (1991 ; la « PCL-R ») est un outil d'évaluation psychométrique qui a pour but d'évaluer le niveau de psychopathie chez un individu (voir le chapitre 4). L'échelle d'évaluation est dite « statique », en ceci qu'elle évalue une situation individuelle à un moment donné, sans tenir compte des évolutions de celle-ci. Elle est mise sur pied par le psychologue canadien, Robert Hare (dont on associe parfois le nom à l'outil), qui publie en 1991 un manuel d'utilisation de cette échelle.

l'équipe de première ligne puisse adapter l'intervention et agir au mieux. À ce stade, il est intéressant de constater que si, d'emblée, le travail d'intervention consiste à ajuster l'autonomie du patient aux attentes idéales de l'autonomie (voir les chapitres 4 et 5), il est également question d'ajuster l'intervention des professionnels face aux capacités d'autonomie que déploie le patient. En effet, dans un premier temps du moins, l'infirmière ne demande pas aux membres de l'équipe des pistes afin de travailler l'un ou l'autre référentiel de l'autonomie de Monsieur Lefebvre mais insiste surtout sur son propre travail et celui des autres soignants. Autrement dit, elle cherche, par la délibération et cet exercice d'analyse de l'action, à « viser juste » dans l'intervention, où « juste » doit être compris dans un double sens : tant en adéquation avec le protocole (faire ce qu'on est *censé* faire) qu'avec un certain sens moral et normatif (faire ce qu'il *convient* de faire, ou *bien* faire).

La réunion rassemble différents professionnels aux disciplines et expertises variées. Néanmoins, les uns et les autres s'adressent en particulier au psychiatre. Ce dernier se place en évaluateur de la situation et joue un rôle d'arbitrage entre les différentes voies proposées. Matteo rappelle qu'ils ont précédemment essayé de mettre en place le principe « une sortie = un but » (voir le chapitre 5) afin de « canaliser » le patient ; il convient cependant que, selon les dires de l'infirmière, « peut-être que ce n'est pas suffisant ». Delphine donne un exemple : Monsieur Lefebvre a droit à une permission de sortie pour renouveler son abonnement STIB[172]. Or, ce jour-là, il est sorti pour autre chose et il a plusieurs fois « postposé l'affaire ». Le psychiatre s'interroge : « en quoi est-ce déstructuré ? ». L'infirmière réagit : « on avait dit une sortie = un but, mais il a changé de but ». Elle ajoute qu'« il ne faut peut-être plus appliquer ce principe avec lui ». Matteo explique que « Monsieur a une structure de personnalité complexe » et qu' « à un moment donné, la prise en charge vise à vouloir diriger la vie de Monsieur, donc on essaye de la canaliser, mais on ne pourra pas le faire toute sa vie. S'il change de but, quelle réaction peut-on avoir ? Une réaction punitive ? ».

Dans cet échange apparait le rappel des règles et des principes non-écrits qui s'actualisent en pratique et qui doivent bien souvent être adaptés : une règle émerge suite à un problème qu'elle tente de résoudre, mais engendrera, ensuite, d'autres problèmes, et ainsi de suite (Champy, 2020, p. 22) (voir le chapitre 5). S'il reconnait que ce principe ne puisse pas être efficace pour ce patient, le psychiatre ne suit toutefois pas l'infirmière dans le jugement qu'elle pose, quand

[172] L'acronyme STIB vaut pour « Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles ».

elle insiste sur le caractère déstructuré de Monsieur Lefebvre. Les observations tendent à montrer que la référence à ce terme, dans l'usage qu'en font les soignants, renvoie au termes jadis employé de « dérangé » pour qualifier une personne atteinte d'un trouble mental, ou encore à la personnalité « désorganisée », c'est-à-dire un manque d'organisation interne. Pour l'infirmière, le fait même de ne pas respecter la règle est un symptôme que le fonctionnement « normal » du patient est troublé, au sens qu'il se met en porte-à-faux et en décalage avec la trajectoire normative qu'on attend de lui. Pour le médecin, le lien est moins évident. Il interroge l'équipe sur les pistes à envisager car la règle de base semble faire défaut. Le médecin souligne qu'en raison de « la personnalité complexe » du patient, les professionnels sont amenés à devoir agir à la place de celui-ci et, parfois, contre sa volonté, ce qui doit cesser au bout d'un moment, l'hospitalisation ayant pour but de l'autonomiser et n'ayant pas vocation à s'éterniser.

En réaction, les infirmières semblent quelque peu perplexes : « donc on est dans un cadre plutôt souple avec lui alors ? Il sort, il fait ce qu'il veut ? », s'enquière Delphine. Une autre infirmière surenchérit : « donc s'il sort et s'il ne respecte pas le cadre, c'est ok ? ». Elles s'accordent sur l'idée que « leur rôle », en tant qu'équipe soignante, c'est « de le structurer dans l'unité », soulignant qu'elles ne sont pas pour autant « preneuses » de l'idée de tout « imposer au patient ». Ce faisant, les infirmières interprètent l'idée du médecin comme une application du principe qui consiste à laisser le patient agir de lui-même en toute circonstance, levant tout type de contrainte, pour, *in fine*, nuancer leur propos : elles rappellent que leur travail reste circonscrit dans les murs de l'unité et qu'en raison du caractère communautaire de celle-ci, un minimum de structure pour et chez le patient est attendu. Se manifeste ici clairement l'idéal du juste milieu entre « agir à la place » et « laisser agir ».

La discussion se poursuit. Delphine et sa collègue finissent par qualifier la situation d'« épuisante ». Mattéo suggère que « le recadrage peut être transformé en quelque chose d'autre » et qu'il est peut-être préférable d'« essayer de parler de ses angoisses plutôt que de ce qu'il a fait ». Il ajoute : « je sais que c'est difficile ». Le psychiatre propose alors une piste : changer la focale, en passant du travail sur les faits transgressifs à un travail basé sur le ressenti du patient, opérant ici une intervention sur les émotions plutôt qu'une intervention morale de responsabilisation. Par ailleurs, il reconnait l'épuisement des soignants généré par la situation.

Les infirmières insistent : « comment, avec votre regard, on peut aider Monsieur à voir autre chose que ses demandes ? ». Elles font référence à d'autres épisodes avec ledit patient, jugés « difficile à gérer » (par exemple, lorsqu'il accusait l'hôpital d'avoir volé son argent de poche).

Par là, elles signifient que le psychiatre et les autres collègues – car elles ne vouvoient pas le médecin – ont une autre vue sur la situation en raison de leur position (étant en contacts plus ponctuels avec les patients) et en raison de leur expertise différenciée. Mattéo réagit : « on n'est pas en train de faire un mauvais travail avec lui. J'ai formalisé les choses : deux jours à la maison et trois jours de bénévolat, c'est équilibré, ça permet de voir comment il gère. Est-ce que ça vous parle, ça, comme idée ? Si jamais il a d'autres demandes, renvoyez-le chez moi ».

La discussion change de trajectoire et se replie sur la légitimité de l'intervention : s'ils parlent du comportement d'un patient, les professionnels produisent pour eux-mêmes des comptes-rendus sur ce qu'ils sont en train de faire, sur la pertinence du travail qu'ils mènent, ainsi que sur les effets pratiques de ce travail sur les patients. Mattéo émet un jugement moral clair sur le travail accompli (« on n'est pas en train de faire un mauvais travail avec lui ») et explique en quoi ce qu'il font peut être considéré comme du bon travail, réajustant par-là le *narratif*, c'est-à-dire le récit de l'intervention : une formalisation minimale pour cadrer la singularité et la complexité de la situation du patient. Ceci fait écho à ce que Livia Velpry met en évidence, prenant appui sur l'observation de moments similaires de reprise de l'action dans le contexte des unités de soins intensifs pour personnes autistes en France : en replaçant l'intervention dans « un fonctionnement attendu » (2018, p. 112), les professionnels tentent de montrer que ce qu'ils font a du sens. Ce faisant, ils peuvent « intégrer l'intervention dans le cours normal des choses » (2018, p. 112) et faire en sorte qu'elle ne soit plus questionnée dans le futur. Et les extraits issus de la réunion bilan sur Monsieur Lefebvre le montrent : selon le psychiatre, malgré les difficultés soulevées par l'équipe soignante, la façon d'appréhender les choses semble convenir ; l'idée a l'air de faire consensus.

Suite à la demande des soignants, Matteo, psychiatre, rappelle quelques-uns des principes qui guident le travail, en tentant de doser au maximum l'intervention, voulant éviter de tomber dans « l'excès », ce qu'Ana Marques nomme le « sur-interventionnisme » (2015, p. 93). En fin de réunion, l'infirmière en chef s'adresse directement à Matteo : « tu crois qu'on doit travailler plus son autonomie ? », précisant que Monsieur Lefebvre est censé quitter bientôt l'unité. Mattéo hésite : « hum, il est autonome pour pas mal de choses ; ce qui coince chez lui, c'est sa chambre, il y a des crasses. Il faut peut-être essayer de travailler cela avec lui, l'hygiène de vie, mais pas autre chose, sinon il va se sentir diminué ».

Delphine, infirmière :
« Et est-ce qu'il peut préparer son traitement lui-même ? »

Matteo, psychiatre :

> « L'autre jour, il a formulé une demande de gérer ses médicaments avec la pharmacie. Ca voulait dire "ne me laissez pas seul avec ça". Mais moi je ne pense pas qu'il va sortir tout de suite. »

Delphine, infirmière :

> « Ok, on va laisser ça comme ça, et peut-être mettre en place un semainier qu'on garde mais qu'il prépare ? Ce sera le moyen d'amorcer quelque chose. »

Matteo, psychiatre :

> « Bonne idée ! […] Il dit qu'il doit "réintégrer la société comme un citoyen lambda", mais ce mot "lambda" ne convient pas bien pour lui [rire] ». Le psychiatre ajoute que, pour l'autonomie, il faut « arriver à suffisamment se détacher, ne pas se concentrer sur les faits mais sur les raisons, sur "pourquoi il a fait ça ?" ».

Dans ces derniers échanges, l'entreprise réflexive concerne, cette fois, un objectif clinique : comment réajuster et adapter le recours à des formes de contrainte aux capacités du patient ? Quel référentiel d'autonomie est à travailler ? Dans ce cas-ci, c'est d'abord l'hygiène de vie qui est visée. L'usage d'un semainier, comme outil d'aide à l'autonomie (et concrètement, d'aide à la gestion de la prise de médicaments *per os*), est également mis sur la table (autonomie-indépendance). Le chapitre précédent a mis en avant qu'il s'agit d'un critère important pour bon nombre d'institutions qui arrivent après un séjour en UPML (par exemples, les IHP), qui devient dès lors un enjeu central pour les unités. Émerge ensuite la question des faits infractionnels et des motifs. L'accent est alors mis sur la capacité du patient à prendre conscience de ses actions, ce qui fait écho au travail de l'autonomie-responsabilité.

La démarche délibérative, inhérente à une intervention de type prudentiel, en ceci qu'elle précède toute prise de décision, à l'instar des pratiques d'évaluation discutées précédemment (voir les chapitres 3 et 4), met au premier plan la capacité réflexive des professionnels (Champy, 2012). L'enquête en UPML permet de mettre en lumière que si les discussions liées à l'intervention portent naturellement sur le patient, elles se concentrent également en grande partie sur le travail de prise en charge : les professionnels sont à la fois *juges* des capacités et des progrès des patients et aussi *parties* à l'évaluation qu'ils performent, se prenant eux-mêmes et ce qu'ils font comme objet de réflexion et d'évaluation. Les difficultés liées au « cas » de Monsieur Lefebvre, soulevées pendant la réunion, sont cadrées en termes de problème clinique (« on sait plus quoi faire avec Monsieur Lefebvre »). D'ailleurs, la réunion choisie pour aborder la situation est une réunion à visée clinique et non une réunion organisationnelle ou institutionnelle, censée héberger les défis directement liés à la pratique du travail de l'équipe.

Pourtant, ces difficultés sont, en réalité, révélées par l'épuisement des professionnels, qui n'en peuvent plus, faisant plutôt apparaitre un problème de l'ordre de la gestion du travail au quotidien, mettant en lumière ce que cette situation fait à la pratique professionnelle. L'enjeu de la réunion bilan dont il est question ici concerne donc moins l'autonomie à travailler du patient (même si la question est finalement brièvement abordée) que la protection de l'équipe vis-à-vis d'un patient qui menace le cadre.

On l'a vu, ces réunions donnent lieu à tout un travail de qualification et d'interprétation de l'intervention dont l'ambition est double : d'une part, pouvoir justifier que ce qui est fait répond à des standards éthiques et, d'autre part, pouvoir réfléchir à la pertinence et à l'efficacité de l'intervention ; sorte d'évaluation par les professionnels eux-mêmes de leur propre travail afin d'envisager, si nécessaire, d'autres façons de procéder à l'avenir (Velpry, 2018). Toutefois, basé sur les observations, le terrain des UPML laisse entrevoir que modifier les contours du cadre de travail n'est jamais garanti. Les semaines qui suivent cet effort d'introspection professionnelle, liée à la « problématique » de Monsieur Lefebvre, sont en effet marquées par des épisodes répétés de nouvelles mises en péril de l'intervention : l'usure en salle générée par le comportement du patient s'accroit. Les changements envisagés et souhaités ne semblent pas avoir produit les résultats escomptés. À la lumière d'un épisode en particulier, je montre à présent la façon dont les soignants mettent en mot, en situation cette fois, ce qui menace le bon fonctionnement de leur intervention. L'exercice permet de mettre en relief des enjeux éthiques et relationnels propres à ce type de pratique.

2. L'usure en salle : (dys)fonctionnements institutionnels et enjeux éthiques

> Charlotte, assistante sociale, arrive au bureau des soignants. Elle est suivie de Monsieur Lefebvre. Il est très insistant. Il lui faut « 300 euros aujourd'hui ! » [pour une formation à l'extérieur]. Elle lui répond que ce ne sera pas possible car « c'est sur demande ». Et si elle n'a pas l'accord du docteur [Matteo, psychiatre], elle ne peut pas les lui donner. Monsieur s'énerve : « c'est vraiment débile, une connerie ! ». Il part fâché. J'entends qu'il claque la porte de sa chambre. Les soignants présents dans le bureau en discutent : « il est de mauvaise humeur ». Samy, infirmier, est d'avis qu' « il faut lui retirer les clés de sa chambre » car « c'est le bordel ». Quelques minutes plus tard, Monsieur Lefebvre revient dans le bureau et s'assoit par terre sous l'embrasure de la porte. Madeleine, aide-soignante, lui ordonne de « se bouger ». Il s'exécute mais environ dix minutes plus tard, il réapparait, au même endroit. C'est Samy cette fois qui lui demande de bouger. Madeleine s'énerve : « ce n'est plus possible, on lui a déjà dit ! »

Un peu plus tard dans la matinée, Madeleine, Samy et Maud échangent à nouveau sur le cas de Monsieur Lefebvre. Ils ferment la porte du bureau des soignants. Madeleine dit qu'elle « n'en peut plus ».

Samy, infirmier :

« Ne te prends pas la tête, on va lui dire calmement. Il ne sait pas gérer, on va gérer pour lui. »

Madeleine, aide-soignante :

« Il peut s'emporter je m'en fiche, je ne suis pas sa copine ici ! »

Les premiers échanges montrent qu'une attitude *a priori* anodine (s'asseoir à un endroit peu approprié) peut rapidement aggraver une situation, tant la tension s'est accumulée au fil des semaines. La répétition des règles épuise (« on lui a déjà dit ! »). L'infirmier propose d'emblée d'imposer une mesure forte (retirer la clé de la chambre du patient), sans pour autant avoir consulté le reste des collègues à ce sujet. À bureau fermé, les trois intervenants tentent mutuellement de s'apaiser par rapport à la situation. Charlotte, assistante sociale, qui avait un instant quitté le bureau, réapparait pour informer l'équipe présente :

« Monsieur Lefebvre est allé se plaindre à Barbara [psychologue] qu'on ne le laissait pas aller à sa formation. Elle a téléphoné au centre et, apparemment, il a bien rendez-vous aujourd'hui à 13h. »

Samy, infirmier :

« Mais il ne nous a rien dit ! »

Charlotte, assistante sociale :

« Il me dit "je sais mieux que toi", mais bon il ne laisse pas la place pour qu'on l'aide. »

Samy, infirmier :

« Oui, c'est comme ça dans sa tête, il ne sait pas gérer, il se met toute l'équipe à dos, il pose vraiment problème et problème partout ! »

Charlotte, assistante sociale :

« Il a les capacités en plus, c'est dommage. »

Maud appelle *Matteo, psychiatre*, qui n'est pas présent à l'unité. Elle lui explique que la situation avec Monsieur Lefebvre est compliquée :

« On n'était pas au courant [qu'il était censé sortir aujourd'hui], donc la sortie c'est bien pour son rendez-vous ? ». Le psychiatre confirme.

Madeleine, aide-soignante, explique à ses deux collègues que le patient refuse catégoriquement de ranger : « ses vêtements sont en boule dans un coin de sa chambre ». Elle explique qu'elle lui a dit : « je vais revenir avec un grand sac et reprendre les clés ! »

Samy, infirmier :

« Oui, il faut en discuter avec lui, la tension monte. On ne va plus du tout être dans le soin avec lui. »

Madeleine, aide-soignante :

« Je ne reproche rien à personne, mais j'ai l'impression qu'on en a tellement marre qu'on ne fait rien. »

Samy, infirmier :

« Il faut en parler au responsable, la clé c'est quand tu sais gérer. Il est trop dispersé. »

Madeleine, aide-soignante :

« Chez lui, il fait ce qu'il veut mais ici, il y a des règles. »

Samy, infirmier :

« Il y a plein de mégots partout, on en a parlé en réunion communautaire, on l'a dit, on a mis des affiches, après bon s'il fume et qu'il y a un incendie... »

Madeleine, aide-soignante :

« Mais ça va nous retomber dessus ! »

(JT, unité A, 25 mai 2021)

Le risque que la situation devienne explosive et génère des émotions fortes n'immobilise pas pour autant l'action des professionnels, mais rend celle-ci tant foncièrement morale que « moralement incertaine », en ceci qu'« elle génère, chez les professionnels, des avis très divergents, pouvant aller de l'approbation à l'indignation en passant par le sentiment de mal faire son travail » (Velpry, Vidal-Naquet, 2019, p. 40). Sur le vif, les soignants portent un regard, l'espace de quelques minutes, sur l'efficacité et la légitimité de leur intervention. C'est précisément ce que Samy fait quand il énonce qu'ils ne vont « plus du tout être dans le soin » avec le patient ou quand Madeleine souligne qu'ils en ont « tellement marre » qu'ils ne font « rien ». L'usure, installée depuis plusieurs semaines, se prolonge malgré les pistes évoquées lors de la dernière réunion bilan (voir *supra*, point 1). Ici, l'usure touche la légitimité de l'action, c'est-à-dire qu'elle concerne moins la « perte du geste professionnel » (Ravon, 2012, p. 100), c'est-à-dire la façon de suivre un protocole de soin (comment on fait ?), que la « perte de sens » (pour quoi on le fait ?) ; ce qui pourrait engendrer une forme de « désengagement » de l'intervention dans le chef des professionnels (Ravon, 2012, p. 100). De l'événement décrit ci-dessus et de la réunion bilan précédemment transcrite apparaissent au moins deux dimensions importantes, caractéristiques de l'intervention en UPML : le fonctionnement institutionnel reste attaché à une importante logique hiérarchique (A.) ; ce qui n'empêche pas que des réflexions éthiques s'invitent au cœur de la pratique des soignants. Ce faisant, ces derniers tentent de se protéger et de conserver une certaine marge de manœuvre dans la définition du travail « bien » accompli (B.).

A. « Il faut en parler au responsable » : l'autorité du discours psychiatrique

Les chapitres précédents ont mis en évidence que les psychiatres des UPML incarnaient une figure d'autorité certaine. Pour rappel, lors des réunions cliniques, lorsqu'il s'agit de rendre compte des événements de la semaine et des progrès des patients, c'est vers eux que l'équipe se tourne, au sens propre comme au figuré (voir le chapitre 4, point II). L'autorité des médecins est également tangible dans les interactions quotidiennes avec les soignants. Face à la demande de Monsieur Lefebvre de disposer de 300 euros dans le but de suivre une formation à l'extérieur de l'unité, Charlotte, assistante sociale, refuse sa demande, justifiant sa décision par un argument hiérarchique : seul le psychiatre peut donner son accord et sans décision préalable dans ce sens, « elle ne peut pas les lui donner ». Comme cela a pu être montré dans d'autres contextes (Brodwin, 2013), le médecin prend les décisions, les soignants les exécutent (par exemple, dans le cas des prescriptions de prises d'urine ; voir le chapitre 5) et doivent aussi gérer les éventuelles oppositions à ces décisions, étant aux premières loges de l'action.

Le compte-rendu de la réunion bilan et de l'épisode ci-dessus, tout comme celui des réunions cliniques disséminé dans les chapitres précédents, et dont le contenu dépasse la simple gestion du « cas » de Monsieur Lefebvre, donnent l'impression que le discours psychiatrique intervient légitimement et domine l'orientation des évaluations et des interventions. Cependant, face à l'épuisement et à la complexité de certaines situations, les soignants éprouvent le besoin de s'en remettre à une personne qui décide. Et lorsque la tension est grande, formuler une plainte et, par ce biais, entamer un transfert de responsabilité à un tiers, devient même indispensable. Pour rappel, le psychiatre n'est pas le chef de l'unité à proprement parler, ce rôle est occupé par un infirmier, mais il est néanmoins officiellement considéré comme le responsable médical des patients, comme le sous-entend littéralement Samy dans l'extrait ci-dessus (« il faut en parler au responsable »). C'est ainsi que la régulation de l'équipe s'opère : pour le dire autrement, mise à part les interactions et les plaintes directement formulées au psychiatre (ici, par téléphone), le processus de régulation suit un protocole précis qui revient à faire d'un problème intervenu en salle le « problème du responsable ».

Malgré un fonctionnement institutionnel qui affiche une certaine dimension horizontale, comprenant les nombreuses réunions d'équipe où chacun est libre d'intervenir, le caractère vertical et hiérarchique reste omniprésent. Tous s'en remettent toujours au psychiatre. Et ce, malgré le fait que les solutions apportées par ce dernier, et bien qu'elles soient rarement gravées dans le marbre, ne convainquent pas toujours. Celles-ci seront néanmoins suivies par l'équipe,

ce qui pourra accentuer des désaccords et le sentiment de ne pas être écoutés (« on n'était pas au courant [qu'il était censé sortir aujourd'hui] »). La fiabilité de la décision peut en être affectée.

B. Éviter le risque d'arbitraire : des contraintes morales et institutionnelles

À la fois opérateurs mais aussi porteurs des décisions qui concernent directement les patients, les professionnels de première ligne encourent le risque de subir la colère des patients et autres contrariétés. Les observations des échanges entre les soignants suggèrent que face à des situations compliquées qui mettent en péril le cadre établi et qui augurent un possible acte transgressif (des mégots de cigarettes laissés dans une chambre, un projet de réinsertion qui semble risqué, *etc*.), le temps d'intervention et de réflexion sur celle-ci est raccourci : les soignants partagent leur ressenti, tout en émettant des pistes d'action possibles dans un laps de temps très bref, à quelques mètres de la situation problématique en train de se jouer. Dans un tel contexte, ils ne sont pas à l'abri du risque d'arbitraire. En effet, la tension et la pression générées par certains événements peuvent engendrer des prises de décisions rapides, à haute teneur émotionnelle et qui se solderaient par le recours à des formes de contrainte mal ajustées, décidées par un seul soignant ou non validées par l'autorité médicale (subitement retirer la clé de la chambre du patient, le priver de sortie, *etc*.). Dans l'épisode ci-dessus, les professionnels sont retenus par des contraintes morales, en leur for intérieur, car ils veulent éviter d'agir de façon purement tyrannique. Les soignants ne veulent pas en faire trop, c'est-à-dire intervenir à outrance sur les droits et les volontés du patient. À côté du risque d'enfreindre les principes d'intervention et les droits de ce dernier, ils courent également le risque d'irriter davantage le patient qui estime déjà que les interventions à son égard sont autoritaires.

On l'a vu, des contraintes institutionnelles externes peuvent également peser fortement sur la conduite des actions des professionnels. Monsieur Lefebvre malmène le cadre de travail mais le contexte institutionnel (laisser sortir un patient suffisamment autonome après un certain temps, tout en évitant les retours en prison et en garantissant une efficace rotation des lits) contraint les professionnels à repousser certaines solutions jugées radicales comme, par exemple, faire la demande de suspension de libération à l'essai, ce qui impliquerait un retour temporaire en prison pour le patient (voir *infra*, point III). C'est précisément ce à quoi fait allusion Matteo quand il rappelle à l'équipe qu'« à un moment donné, la prise en charge vise à vouloir diriger la vie de Monsieur, donc on essaye de la canaliser, mais on ne pourra pas le faire toute sa vie ». Afin d'éviter d'en arriver là, il est indispensable pour les professionnels de

prendre un peu de hauteur vis-à-vis des situations et de prendre le temps d'examiner collectivement tous les éléments que comporte la situation avant de prendre une décision. En général, quand un problème survient en salle, les soignants inscrivent le nom du patient concerné à l'ordre du jour des réunions cliniques hebdomadaires afin de s'en remettre à l'avis et à l'expertise du reste de l'équipe. Ils transforment ainsi des cas singuliers, comme celui de Monsieur Lefebvre, en « affaire collective » (Brodwin, 2013, p. 126, *ma traduction*).

Au fil des semaines, le comportement de Monsieur Lefebvre, jugé « transgressif », persiste. Épuisés, les professionnels commencent à être à court de moyens pour le faire agir de la bonne façon ; « bonne » étant ici à comprendre au sens d'efficace (Monsieur va enfin adhérer au cadre) et au sens moral (l'intervention est en adéquation avec les principes éthiques qui guident le travail) (Brodwin, 2013, p. 180, *ma traduction* ; Velpry, Vidal-Naquet, 2019, p. 38). Ils craignent que l'intervention n'échoue. Face à une telle situation, et dans l'espoir de trouver, en interne, une nouvelle piste pour l'action, les professionnels décident de s'en remettre à l'expertise d'un collègue, médecin-psychiatre, qui ne travaille pas à l'unité mais qui est rattaché au même hôpital.

3. « Un TDAH à du 100 kilomètres/heure » : une nouvelle interprétation pour sortir de l'impasse

Le 2 juillet 2021, un autre psychiatre, que je nommerai Alexandre ou le « psychiatre invité », est convié, à titre exceptionnel, à une des réunions cliniques de l'unité A, afin de discuter, une énième fois du « cas » de Monsieur Lefebvre. Le psychiatre invité amène une ultime piste pour (re)donner du sens à l'intervention.

Nathan, psychologue, remercie Alexandre de sa venue : « on compte sur toi, car on se casse les dents avec ce patient ! ». À ce stade, l'équipe a décidé de laisser sortir Monsieur Lefebvre de l'unité pendant une semaine afin qu'il réintègre progressivement son domicile, ce qu'ils nomment une « semaine test ». Se basant sur une lecture du dossier du patient et sur une entrevue qu'il a eue avec ce dernier, Alexandre explique aux autres membres présents que Monsieur Lefebvre « fait partie de ceux qui ont un TDAH[173] très présent, un TDAH à du 100 kilomètres/heure », et qu'on serait en présence d'un « TDAH mixte », en ceci que le patient présenterait à la fois des symptômes d'hyperactivité et aussi d'inattention et ce, depuis l'enfance. Il explique ensuite que le patient lui a fait part des bienfaits de sa médication : « la

[173] TDAH vaut pour trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

©Ritaline, ça marche vraiment bien ! », même si Monsieur Lefebvre « *trade* » ses pilules à un autre patient. Le psychiatre invité propose d'utiliser la forme prolongée du médicament, « le ©Concerta, 54 milligrammes qui agit pendant 8 à 10 heures ». Matteo, psychiatre, s'interroge : « on commence tout de suite à 54 milligrammes ? Ça ira pour la surveillance à domicile ? ». Alexandre ne semble pas inquiet et est d'avis que « s'il a le médicament dans le corps », tout devrait bien se passer. Le médecin attire toutefois l'attention de ses collègues : « on est dans l'expérimental, le TDAH et la psychose, ça nécessite beaucoup de prudence » car « le risque », poursuit-il, « c'est que ça augmente l'anxiété, mais il est très TDAH et il a quand même le droit d'essayer [le traitement] ». Il décrit ensuite les différentes manifestations du « trouble » qu'il observe chez Monsieur Lefebvre : « son sentiment d'injustice va au-delà de quelque chose de persécutoire. Il est très enfantin, il a une immaturité du cortex cérébral. Il a des difficultés à planifier les choses. Rien de pire pour un TDAH de ne rien avoir à faire. C'est quelqu'un qui ne sait pas se décider, qui ne sait pas faire de choix. » Alexandre focalise son évaluation sur un élément en particulier : la façon dont Monsieur Lefebvre agit et, en particulier, sa capacité à se concentrer sur un objet précis, qu'il regroupe sous l'étiquette du TDAH.

Je ne reviens pas ici sur les nombreuses définitions ou symptômes que la littérature médicale ou psychologique range derrière la notion ; ce qui m'intéresse, à l'image des analyses proposées dans les précédents chapitres, est la façon dont celle-ci est concrètement mobilisée par les acteurs. Elle devient ainsi un analyseur du type d'intervention qui est en train de se jouer. Rapidement, le psychiatre invité donne une autre interprétation à la situation, jusque-là encore inexplorée, et traduit la situation-problème en termes comportementaux liés notamment à l'inattention et l'impulsivité du patient. Ce faisant, il amène une nouvelle solution au problème (une réponse médicamenteuse supplémentaire pour canaliser l'attitude transgressive répétée du patient), mais formule aussi un « nouveau problème » (un diagnostic de TDAH). Il souligne toutefois la dimension « expérimentale » du processus, expliquant qu'il existe un risque que les bienfaits du traitement pour un type de trouble (le TDAH) nuisent à un autre trouble (la psychose). Pour rappel, en théorie du moins, sont admises au sein des UPML uniquement les personnes internées dont le trouble mental fait office de diagnostic primaire, c'est-à-dire qui se manifeste à l'avant plan, et est toléré tout autre trouble (de la personnalité, handicap mental, *etc*.) à condition qu'il soit secondaire. Dans le cas de Monsieur Lefebvre, la frontière est moins facile à tracer, et semble être précisément ce qui pose des difficultés à l'équipe.

La discussion se poursuit. Le psychiatre invité suggère ensuite de mettre les activités de Monsieur Lefebvre dans son agenda, insistant à nouveau sur le caractère « très expérimental » de l'affaire et sur la présence d'un « risque de récidive », notamment en raison de la « personnalité » très compliquée du patient. Barbara, psychologue, se demande si le retour à domicile pour la « semaine test » ne va pas augmenter les angoisses du patient : « peut-être qu'il faut lui donner un cadre contenant », suggérant, par exemple, qu'il faudrait indiquer dans l'agenda de Monsieur les heures auxquelles il peut appeler l'hôpital.

Mattéo, psychiatre :
« Le problème, c'est que le patient a un problème de consommation d'alcool. Donc quoi, on lui donne des anxiolytiques ? »

Barbara, psychologue :
« Oui, s'il va vers l'alcool, c'est la catastrophe. »

Mattéo, psychiatre :
« Au niveau de la médication, on a fait le tour. On lui a donné chaque molécule inventée en psychiatrie. »

Barbara, psychologue :
« Oui, mais je suis inquiète. »

Nathan, psychologue :
« Tu veux des anxiolytiques ? » [Rire]

L'hypothèse avancée par Alexandre semble donner du sens aux derniers événements. Pourtant, un désaccord apparait dans la discussion. Celui-ci porte non pas sur le « nouveau diagnostic », qui apparait comme la réponse et l'explication idéale, mais sur la pertinence du dispositif de la semaine test, prévue afin de préparer progressivement le patient à se réinsérer. La psychologue émet un doute et craint que cela n'aggrave les angoisses du patient. Si elle propose une aide à l'accompagnement de l'autonomie du patient (remplir son agenda), les réactions des médecins portent à nouveau sur la médication. Matteo ironise quelque peu en suggérant de donner des anxiolytiques au patient malgré son problème d'addiction à l'alcool. Il souligne enfin qu'ils ont épuisé toutes formes possibles de médication pour contrôler la psychose (sauf celle prévue pour le trouble susmentionné, le TDAH). Ses dires font écho à un propos similaire qu'il avait tenu lors d'une autre réunion clinique quand était à nouveau discuté le cas de Monsieur Lefebvre : les médicaments canalisent tout, donc « ce qui reste, c'est sa personnalité ». Si l'ensemble de l'équipe ne semble pas convaincue, la piste va tout de même être suivie.

La discussion se clôture peu à peu, le psychiatre-invité intervient une dernière fois : « dans le TDAH, il y a bien souvent un conflit interne », expliquant qu'en raison d'un « narcissisme »,

la personne ne va pas demander de l'aide. « Oui, l'agenda c'est infantilisant, mais il doit passer par là ». S'adressant à Matteo, il conclut : « mais s'il a de grosses anxiétés, c'est à toi de voir ! » [Rire]. Alexandre procède ainsi à une redistribution de la responsabilité médicale vers le psychiatre de l'UPML. De son côté, Matteo ne semble pas avoir trop d'inquiétudes par rapport au retour à domicile. D'après lui, l'enjeu se trouve au niveau du « lien » ; il se demande « comment garder la bonne distance ? ». Il rappelle la tendance du patient à se « mettre en échec » mais rassure l'équipe en mentionnant le soutien apporté par l'équipe mobile TSI et l'activité de bénévolat du patient : « on a mis beaucoup de balises ». On retrouve à nouveau des formes de recalibrage du travail d'intervention qui fait advenir une évaluation de l'intervention avec l'idée du bon dosage à maintenir, bien qu'énoncé de façon plus rhétorique que pragmatique, et l'idée selon laquelle l'équipe fait du bon travail avec le patient, ce qui tend à renforcer l'argument développé dans le premier point de ce chapitre. Quand la discussion se replie sur la façon de procéder et sur la vie *intra-muros*, Alexandre décide de quitter la réunion : « ok, je m'en vais, moi ! ».

Après cet épisode, il n'y aura plus d'autres grandes discussions sur le « cas » de Monsieur Lefebvre ou, à tout le moins, plus de réunions spécifiques, qui donneraient la possibilité d'accueillir une autre expertise afin de remettre en question cette nouvelle et dernière lecture de la situation. Cette énième réunion représente, en somme, l'étape ultime des réflexions sur le sujet. Après saturation des interprétations, la piste proposée par le psychiatre-invité emporte l'adhésion des participants à la réunion : un accord tacite sur l'explication la plus pertinente du « problème » semble se dessiner. L'intervention a (re)trouvé du sens, il est donc possible de passer à autre chose et ce, jusqu'à ce qu'un nouvel incident mette à mal le cadre et la lecture proposée ici. Monsieur Lefebvre a accepté la médication et la « semaine test » a finalement eu lieu. Il a appelé plus de septante fois l'unité A, ce qui a épuisé l'équipe de première ligne qui s'en plaindra à nouveau en réunion clinique. Quelques mois plus tard, à l'automne 2021, à défaut de pouvoir poursuivre sa libération à l'essai en dehors de l'hôpital, le patient est finalement transféré dans une autre unité de psychiatrie légale dite de « crise ». L'équipe a finalement décidé d'arrêter la prise en charge (voir *infra*, point III.).

Avant d'aborder plus concrètement le dernier point de ce chapitre, qui achèvera les développements de la thèse, à savoir la décision de mettre fin à l'intervention auprès d'un patient, je poursuis la réflexion sociologique quant à la pratique réflexive des professionnels

des terrains à l'étude. Je m'arrête un instant sur les outils de formalisation (de l'évaluation) de l'intervention et les dispositifs externes d'aide à la réflexion disponibles pour les équipes.

II. Formaliser (l'évaluation de) l'intervention, mobiliser des expertises externes

Les professionnels raisonnent par la parole, mais l'enquête révèle aussi des détours par l'écrit, dans un souci de formaliser et de légitimer l'intervention (1.). Et si la réflexivité professionnelle reste essentiellement *intra-muros*, il arrive que l'équipe mobilise, dans une certaine mesure, des expertises externes qui interviennent en « soutien à la professionnalité » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 80) (2.). Ce deuxième point met en avant que la réflexivité, inhérente à l'exercice de la *prudence,* qui caractérise les pratiques à l'étude, rencontre certaines limites. Les données récoltées sur le terrain de l'équipe mobile TSI, terrain secondaire de la thèse, sont également mobilisées dans un souci de contraster l'analyse.

1. Formalisation, coresponsabilité et mise à distance d'un exercice difficile : l'exemple du cahier d'hospitalisation

La parole est le principal outil des professionnels quand vient le temps de l'évaluation des patients (voir les chapitres 3 et 4) et celle de leur travail. La mise à l'écrit de leurs activités est néanmoins récurrente. Qu'il s'agisse du procès-verbal d'une réunion d'équipe ou du dossier informatisé du patient, ce que l'équipe *fait* auprès des patients est toujours conservé sous forme écrite. Dans ces récits d'activité apparait aussi une appréciation de leurs propres actions. Lorsque Marie, infirmière, inscrit à l'ordinateur qu'« en raison des multiples consommations dans l'unité, le patient a été accompagné dans l'inventaire de ses affaires personnelles » afin de décrire la fouille générale des chambres à l'unité A (voir le chapitre 5, point III), elle crée par là un récit fonctionnel de son intervention qui, en filigrane, donne à voir une certaine image d'un travail bien réalisé, au double sens d'efficace, produisant les résultats attendus, et étant moralement acceptable (voir *supra,* Brodwin, 2013).

À côté de la production de comptes-rendus rédigés, les professionnels s'appuient sur d'autres outils qui matérialisent leur pratique et, partant, servent de base à l'évaluation du travail. Par exemple, les psychologues et les psychiatres à l'unité A, habitués des mesures psychométriques (voir le chapitre 4), ont à leur disposition un questionnaire qui permet d'apprécier les réponses émotionnelles des praticiens face à un patient, en ce compris l'analyse des transferts et contre-

transferts[174]. L'outil en question n'a pourtant été mentionné que lors d'entretiens sociologiques avec les rares professionnels concernés, qui n'en font pas grand usage, si ce n'est à des fins de publication[175]. À l'unité B, les réunions d'équipe ont, à plusieurs reprises, été animées par des débats portant sur la future mise en circulation de ce que j'appelle, par souci d'anonymat, « le cahier d'hospitalisation » (déjà brièvement évoqué dans le chapitre 4). À première vue, le cahier est à destination des patients, mais il permet en réalité d'objectiver et de légitimer l'intervention des professionnels. Je m'arrête un instant sur les enjeux que soulève cet outil car ils éclairent davantage la place qu'occupe l'évaluation de la pratique au sein des UPML. À nouveau, comme pour le point sur le recours aux échelles de risque (voir le chapitre 4, point III), il ne s'agit pas de réaliser une sociologie des outils en soi car l'intérêt porte sur l'usage que font les professionnels du cahier et sur ce que le recours ou le non-recours à ce type d'outils fait à la professionnalité des équipes des UPML.

Le cahier prend la forme d'un feuillet au format A5, qui contient une vingtaine de pages. Il reprend les différentes « phases » de l'hospitalisation élaborées par les professionnels. L'autonomie apparait comme une phase à part entière de l'hospitalisation, mais qui n'intervient qu'à mi-chemin du séjour, quelques temps après l'arrivée du patient à l'UPML et avant sa sortie définitive, à l'instar de ce qu'on retrouve dans d'autres unités du même type. Chaque phase répertorie cinq ou six objectifs généraux à atteindre, regroupés dans un tableau. L'objectif revendiqué du cahier d'hospitalisation est d'accompagner le patient vers l'autonomie tout au long de son séjour à l'unité. Créé par les professionnels pour les patients dans le but de suivre l'évolution de ces derniers, sa future mise en circulation à l'unité B a généré bon nombre de discussions.

Maëlle, éducatrice, qui a en grande partie confectionné le cahier, explique à ses collègues que les objectifs sont rédigés à la première personne du singulier (en « je »), « avec l'idée d'*empowerment* à mettre en place dans le service ». Personne ne s'y oppose. À la lecture des différentes phases et objectifs, Valérie, assistance sociale, réagit : « eh bien c'est parfait, c'est le trajet idéal ! [Rire] ». Que disent ces objectifs ? Si certains s'appliquent à toutes les phases (« je respecte le règlement » ou « je participe aux activités obligatoires »), d'autres sont

[174] Voy. à ce propos : BETAN, Ephi, HEIM, Amy Kegley, ZITTEL CONKLIN, Carolyn, *et al*. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, no 5, p. 890-898.
[175] Afin de garantir l'anonymat de l'UPML concernée, je ne référence pas les publications en question.

spécifiques à certaines d'entre elles. Par exemple, là où, pour la phase 1, il est attendu que le patient s'adapte (« je m'adapte »), la phase 3 insiste, quant à elle, sur la responsabilisation du patient et sa capacité à « faire des choix ». À côté de la liste des objectifs, trois colonnes se dessinent : la première est réservée au patient, qui doit « cocher » s'il a rempli l'objectif (« oui ») ou détailler les façons de l'améliorer. La deuxième colonne donne la parole aux professionnels-référents. Une troisième et dernière colonne contient une plus large section, dans laquelle les professionnels peuvent inscrire des « remarques ». Le cahier est donc un outil pensé par les professionnels pour les patients, qui ne sont cependant jamais conviés aux réunions où sont discutées les modalités du cahier et sa future mise en circulation dans l'unité.

Lors d'une réunion d'équipe, Marc, psychiatre, pose une question qui génère rapidement un désaccord au sein du groupe : « c'est le patient qui garde le cahier ? ». Au cours des échanges, certains professionnels sont d'avis qu'il revient aux patients eux-mêmes d'être les garants du cahier d'hospitalisation, invoquant l'importance de respecter et d'encourager leur autonomie par ce biais : « qu'ils aient quelque chose sur eux ce serait vraiment bien ». Bastien, éducateur, partage le même avis « c'est pour les responsabiliser ! Ils doivent quand même retrouver une vie normale ! ». Julie, psychologue, va plus loin dans l'interprétation, laissant aux mains des patients la possibilité de ne pas se servir de l'outil : « tout dépend de l'objectif en fait, si le patient n'écrit pas dans le cahier ou s'il le perd, eh bien c'est à eux de faire le choix de s'en servir ou pas ».

L'objet est donc censé transiter entre les professionnels et les patients, dans un rapport égalitaire. Il est attendu que le patient fasse siens les objectifs et les progrès de son séjour (« qu'ils comprennent que c'est un outil pour eux »). Si l'idée est défendue au nom de principes d'autonomie, d'émancipation, de rétablissement ou encore d'*empowerment*, tentant d'impliquer le plus possible le patient dans sa trajectoire de soins, elle traduit aussi une forme de co-responsabilisation de l'intervention entre les professionnels et les patients et montre la place envisagée pour le patient dans le travail d'autonomie, risquant de faire peser sur ce dernier le poids de la responsabilité d'une intervention réussie. Dans l'évaluation que font les professionnels des patients, ils leur reprochent d'ailleurs souvent de ne pas leur laisser suffisamment de place pour « les aider ». Partant, le patient, par son attitude « non-demandeuse » d'aide, empêcherait la bonne intervention d'avoir lieu.

Le cahier doit en effet servir à responsabiliser le patient et à matérialiser les réflexions des professionnels sur ses avancées (« il faut que le [cahier] soit aussi un endroit où on peut écrire nos réflexions » et que « si le gars il est en phase 3 ou 4 et qu'il perd tout l'historique ce serait dommage »). En miroir, il donne des éléments concrets sur lesquels les professionnels peuvent se baser pour avoir une vue sur leur pratique, valoriser leur travail et rendre ce dernier plus efficace.

La création du cahier d'hospitalisation et les débats sur sa mise en circulation dans l'unité montrent que l'évaluation que les professionnels font des patients et celle qu'ils font d'eux-mêmes sont dépendantes l'une de l'autre. Or, parfois, ils agissent comme si leur propre rôle dans l'évaluation était camouflé, comme s'ils n'étaient pas vraiment concernés, alors qu'en réalité, les deux pans de la pratique sont indissociables. Les professionnels sont tentés de faire peser l'évaluation sur le patient pour s'en distancer. Ceci n'est cependant pas tout à fait inattendu car l'entreprise de réflexivité sur soi et sa propre pratique est une tâche extrêmement complexe car elle touche à l'essence même de la professionnalité et à la qualité de celle-ci. En d'autres termes, tout effort d'objectivation est aussi une manière de (se) sécuriser. Dès que l'équipe évalue un patient par le biais d'un outil d'accompagnement ou la mise en route d'une discussion, elle évalue aussi les qualités et les conséquences de son intervention.

Sur ce terrain, ce que « rendre autonome » veut dire ne fait pas consensus entre tous les acteurs et fait constamment l'objet de discussions. Le discours sur l'autonomie, patent dans les débats sur l'outil, fait émerger une tension entre, d'un côté, l'autonomie du patient à encourager et, de l'autre, celle des soignants dans leur travail. Dit autrement, les débats montrent que si le cahier reflète une forte demande d'autonomisation adressée aux patients, laissant entrevoir une tentative de partager la responsabilité du « trajet d'autonomie », il est aussi une manière pour les soignants de cadrer leur propre autonomie (vis-à-vis de celle des patients et celle d'autres professionnels, ici le médecin-psychiatre) et de questionner le travail qu'ils font sur et pour l'autonomie du patient. Dès sa mise en circulation au sein de l'unité, le cahier pourra en effet devenir un bon analyseur de la pratique professionnelle. L'évaluation des progrès du patient via le cahier d'hospitalisation devient, dès lors, une manière pour autonomiser l'évaluation de la pratique professionnelle et légitimer la bonne intervention ; l'outil étant à la fois une source d'évaluation de l'autonomie des patients et aussi d'évaluation du travail d'autonomie réalisé par l'équipe.

2. Des formes externes de soutien à la professionnalité : partage d'expérience et d'expertise

Il existe différents dispositifs externes spécialement créés à des fins de reprises de l'action, comme par exemple l'intervision ou la supervision, lors desquels les professionnels « échangent autour des situations les plus problématiques rencontrées dans l'exercice ordinaire de leur métier » (Ravon, 2016, [en ligne]). Néanmoins, ceux-ci ne sont pas systématiquement utilisés par les professionnels des UPML, à la différence de l'équipe mobile TSI qui semble, au moment de l'enquête du moins, plus en faveur d'une telle démarche. « Intervision » et « supervision » sont des mots qu'on entend relativement souvent sur les terrains investigués de la thèse. Néanmoins, les deux configurations peinent à se concrétiser auprès des UPML, alors que l'équipe mobile TSI semble redoubler d'effort pour les organiser et les maintenir, malgré un contexte parfois peu propice.

D'abord, l'intervision, comme son nom l'indique, vise plutôt une forme d'échange horizontal entre différents acteurs. Du côté des UPML, le terme comme l'activité qu'il décrit, apparait peu. « Avant le covid », m'explique Hugo, psychologue à l'unité A, « des intervisions avaient lieu une fois par mois entre les psychologues et les criminologues et [l'équipe soignante] ». Les intervisions peuvent concerner la rencontre de professionnels qui travaillent au sein de la même unité. À cette occasion, poursuit Hugo, que je paraphrase, l'idée était de prendre le temps nécessaire pour permettre à chacun, sur la base d'un texte ou d'un événement qui l'a marqué, d'échanger avec les collègues ; une sorte de réunion d'équipe qui se focalise sur un thème particulier. Depuis la pandémie, elles sont plus rarement organisées.

Du côté de l'équipe mobile TSI, les intervisions sont non seulement plus régulières (tous les deux ou trois mois), et ce même pendant la crise sanitaire, mais rassemblent aussi des acteurs d'équipes différentes. L'organisation d'une intervision est discutée collégialement lors des réunions cliniques hebdomadaires, qui sont, pour rappel, l'unique moment de mise en commun de l'équipe ambulatoire (voir le chapitre 2).

> Elias, *assistant social* :
>
> « Au niveau des intervisions, on a reçu, je pense que vous avez eu la demande de [une psychologue qui propose des intervisions] pour faire l'intervision. Elle voulait quand même qu'on puisse essayer de la faire en ligne. Moi je suis partant parce que sinon on reporte encore, même si c'est sûr que ce n'est pas la formule la plus confortable, elle sera là. Ce n'est pas non plus une présentation avec un power point qu'on doit faire donc… »

Antoine, *infirmier* :

« L'idée, c'est de faire en deux parties : une présentation d'équipe et une situation clinique ? »

Elias, *assistant social* :

« Oui, quand je dis présentation d'équipe, ce serait quelque chose de très bref tu vois, où on introduit qui on est pour que les gens puissent vraiment nous situer et comprendre qui on est et ce qu'on fait, de façon brève. »

Antoine, *infirmier* :

« Oui, on a quand même vachement à gagner, les gens ne nous connaissent pas encore bien. De ce côté-là, ce sera un chouette endroit ».

Elias, *assistant social* :

« Oui mais sauf que quand tu regardes les mesures [covid] et jusqu'à quand c'est prévu, on ne va jamais le faire. À mon avis, on sera peut-être amené à le refaire par la suite aussi, donc on ne perd pas grand-chose à s'essayer maintenant à l' exercice ; je suis d'accord, ce n'est pas la forme la plus confortable. »

(JT, équipe mobile TSI, 14 janvier 2021)

Les équipes mobiles TSI sont des jeunes équipes car la pratique ambulatoire prévue tout particulièrement pour les personnes internées est assez neuve dans le champ (voir le chapitre 2). L'intervision est donc une occasion pour se présenter aux monde extérieur (« pour que les gens puissent vraiment nous situer et comprendre qui on est et ce qu'on fait » ; « les gens ne nous connaissent pas encore bien. »). Ce type de partage d'expérience a néanmoins été rendu difficile en raison de la crise sanitaire, patente au moment de l'enquête ethnographique auprès de l'équipe. Malgré cela, les professionnels ont décidé de recourir à une intervision en ligne, malgré leurs grandes réticences au distanciel.

Ensuite, la supervision, comme le terme le suggère également, concerne plutôt une forme de contrôle exercé par un tiers extérieur. L'exercice peut d'ailleurs se pratiquer en duo, par exemple, lorsqu'un psychiatre décide d'entamer une supervision avec un autre psychiatre afin d'échanger sur sa pratique clinique. Ici, c'est l'équipe entière de l'UPML ou de l'équipe mobile TSI qui est concernée et qui se retrouve face à un superviseur. Ce dernier est toujours externe à l'équipe et n'est pas forcément familier avec le champ de l'internement « pénal », mais fait partie du monde de la santé mentale et du travail social en général. Matteo, psychiatre à l'unité A, m'explique souhaiter plus de supervisions à l'avenir, soulignant l'importance d'avoir un espace pour « parler des cas qui posent des difficultés à l'équipe » : l'idéal, me dit-il « c'est de faire une supervision d'équipe avec un tiers extérieur pour avoir des pistes dans les cas les plus compliqués ». Le sourire aux lèvres, il me glisse d'ailleurs que « le cas de Monsieur Lefebvre » serait un bon objet pour une future supervision. L'ambition des supervisions, en tant

que dispositif d'aide à la réflexion et à l'évaluation de la pratique, semble être connu et compris par la plupart des professionnels des UPML bien que, dans les faits, peu de supervisions aient véritablement été organisées le temps de l'enquête.

Du côté de l'équipe mobile TSI, à nouveau, le constat est autre. D'après les dires des professionnels, le recours à une supervision est assez neuf. La pratique n'est pas obligatoire mais est vivement conseillée, un budget y est d'ailleurs alloué. Lors des entretiens menés avec les membres de l'équipe mobile rencontrée, mes questions sur la pratique de la supervision (« comment se déroule et à quoi sert une supervision ? Quel sens y donnez-vous ? » ; voir l'annexe 2) amenaient souvent des réponses étayées, au contraire des entretiens réalisés en UPML. Les supervisions sont mises en place « à la demande de l'équipe ». « Mettre en place [une supervision] c'est un choix, mais dans le champ de la santé mentale, tout le monde en met en place », affirme Elodie, assistante sociale à l'équipe mobile TSI. Eva, psychologue dans la même équipe, nuance quelque peu son propos : « dans le milieu clinique, ce n'est pas obligatoire mais recommandé et souhaité ». Les supervisions sont souvent animées par des psychologues formés, par exemple, à l'« IFISAM »[176], une institution de formation à la thérapie. « On se questionnait sur certains sujets, on a insisté pour en avoir une. On a demandé à la hiérarchie qui a accepté », poursuit-elle. La psychiatre de l'équipe parle également avec engouement du dispositif que l'équipe a déjà pu tester plusieurs fois : « c'est l'occasion de se connaitre, de se rencontrer et la superviseuse n'est pas hésitante à poser des questions franches. J'aime bien sa manière d'aborder le fonctionnement de l'équipe, c'est un grand plus ». Enfin, Antoine, infirmier, insiste, quant à lui, sur le « regard méta » et la possibilité de « remettre en perspective le travail par rapport aux missions préétablies et de discuter d'une situation clinique qui pose des questions éthiques et d'accompagnement ».

L'ambition de la supervision est très bien cernée par l'équipe, désireuse d'en organiser et intéressée par les réflexions éthiques, même si le point de départ reste toujours un cas compliqué qualifié en termes cliniques et qui, comme on l'a vu précédemment, amorce souvent l'évaluation de la pratique (voir *supra*). Mais ici, l'objectif de réfléchir au cadre de travail et d'amener des questionnements institutionnels et éthiques est tout de suite divulgué. Les extraits ci-dessous, issus d'une réunion clinique de l'équipe mobile TSI, lors de laquelle les professionnels échangent sur la pertinence de recourir à la supervision à partir d'un cas compliqué, l'illustrent très clairement.

[176] Institut de Formation à l'Intervention en Santé Mentale ; https://ifisam.be/supervisions/

Antoine, *infirmier* :

« […] Maintenant, il y avait notre cadre à nous aussi et c'est pour ça que ce serait intéressant, je trouve en supervision, parce qu'il permet de discuter institutionnel, clinique, parce que c'est ce qu'on disait hier : c'est un mec qui est venu secouer tout notre cadre institutionnel qui est encore en cours d'élaboration et qui est écrit, mais pas complètement validé non plus. Donc il vient parler de ça, de nos limites à nous. […] C'est un exemple hein, mais vous iriez à cette concertation car cliniquement ça a du sens, mais en se disant qu'on ne prend pas de décision ferme et définitive tant qu'on n'en a pas parlé en supervision ? […] On a besoin de discuter, de voir si ça correspond à notre cadre de travail et la supervision nous sert en tout cas à sortir un peu… d'avoir une tierce personne. »

Eva, *psychologue* :

« Oui, car clairement la question de continuer [le suivi] ou pas se pose. Si on continue, qui ? »

Antoine, *infirmier* :

« Oui, parce qu'il y avait ça aussi : qui reste sur cette situation ? Toi tu avais été super mise à mal avec ça. »

Eva, *psychologue* :

« Oui, moi honnêtement, il m'a fait peur. Et c'est un des seuls patients depuis le début de ma pratique qui m'a fait aussi peur. »

Antoine, *infirmier* :

« Ce n'est pas anodin et toi tu étais prise dans quelque chose de transférentiel avec Monsieur donc du coup, je trouve qu'y aller pour la transmission de l'info a beaucoup de sens pour qu'eux puissent cliniquement se positionner et amener des choses intéressantes. Mais derrière, je pense qu'un superviseur s'impose parce que la réaction première de Clémence [psychiatre] est aussi un peu épidermique de dire "il met mon équipe en danger". »

(JT, équipe mobile TSI, 3 septembre 2020)

Dans l'échange entre Antoine et Eva, ce qui frappe, c'est l'analyse méta déjà en train de se jouer : ils font le constat que la situation du patient dont ils parlent rend le travail compliqué et que, ce faisant, elle met à mal le cadre de travail et pointe ses limites. Antoine évalue où ils en sont et souligne l'intérêt et l'urgence d'avoir recours à un tiers (« on a besoin de discuter, de voir si ça correspond à notre cadre de travail et la supervision nous sert en tout cas à sortir un peu… d'avoir une tierce personne ») afin de pousser plus loin la réflexion sur le travail en train d'être fait avant de prendre une décision concernant le patient (« en se disant qu'on ne prend pas de décision ferme et définitive tant qu'on n'en a pas parlé en supervision ? »). Ce type de réflexion est moins présent en UPML où les réflexions restent essentiellement centrées sur les acteurs et les pistes *intra-muros*.

D'une façon similaire, la possibilité d'un regard sociologique, disponible en raison de ma présence répétée sur le terrain, n'a pas suscité d'engouement particulier chez les professionnels des UPML. Si, au vu de la posture épistémologique choisie, cela n'a pas engendré de difficultés, n'ayant pas entrepris une démarche de « clinique sociologique de l'activité » des professionnels (Ravon, 2012 ; voir l'introduction générale de la thèse), le raisonnement par l'absence (pourquoi n'ont-ils pas demandé l'aide ou l'avis d'une sociologue ?), sachant que cela se produit assez souvent sur d'autres terrains ethnographiques du même type (Messaoudi, 2023), souligne une volonté chez les professionnels de garder pour eux-mêmes l'évaluation qu'ils font d'eux-mêmes et de leur travail.

À certaines occasions, en particulier lorsque le travail ne fonctionne plus et que la situation devient ingérable, les professionnels sont contraints de prendre la décision d'arrêter l'intervention. Ce faisant, ils délèguent la responsabilité de la contrainte à un tiers extérieur. Et dans le contexte hybride de l'internement, c'est l'instance pénale qui, mobilisée en dernier recours, apparait comme l'unique ressource pour sauver l'équipe.

III. « Pas tout à fait une franche victoire thérapeutique » : décider d'arrêter l'intervention

L'intervention des UPML n'est jamais limpide et rencontre souvent des obstacles de différentes natures, à commencer par des patients qui n'adhèrent pas bien au travail d'autonomie ou qui y résistent. Néanmoins, la prise en charge peut trouver une issue positive, finissant par s'ajuster et s'apaiser. Après plusieurs mois, bon nombre de patients quittent définitivement l'unité afin de poursuivre leur libération à l'essai dans d'autres murs, où ils pourront jouir d'une plus grande liberté d'action et de mouvement (par exemple en IHP). C'est le cas par exemple de Jonathan, ancien patient à l'unité B, dont la situation m'est rapportée par une des psychologues de l'équipe. À son arrivée à l'UPML, Jonathan était analphabète et présentait un « QI plus faible », ainsi qu'un « gros retard mental ». Décrit comme « rigide au niveau de la pensée » et « inflexible », il est resté hospitalisé à l'unité B pendant deux ans et demi. Petit à petit, il a entamé des « travaux manuels » dans le cadre d'un bénévolat et il s'est avéré qu'il avait en réalité « beaucoup de capacité d'autonomie ». Il a finalement trouvé un appartement pour vivre seul, tout en bénéficiant d'une administration de biens. « Il nous a beaucoup étonnés », insiste la psychologue. La situation de Jonathan n'est pas exceptionnelle, néanmoins, le tableau est parfois moins prometteur, comme on a pu le voir précédemment avec l'exemple de Monsieur

Lefebvre. Parfois, la sortie définitive d'un patient de l'unité ne signifie pas que le trajet de soins (et la libération à l'essai) se poursuit, ou qu'il est « réussi », mais que la prise en charge a pris fin, suite à une demande des professionnels des UPML et à la décision et l'intervention de la justice pénale ; ce qui se traduit souvent, en pratique, par un retour à la case prison. Le dernier point du chapitre et de la thèse revient sur un cas d'« échec » de l'intervention, à partir de la situation complexe de Monsieur Maputo, à l'unité B cette fois. En dernier recours, afin de préserver le cadre et de sauver l'équipe, les professionnels des UPML, comme ceux de l'équipe mobile TSI, délèguent la responsabilité de la contrainte à l'instance judiciaire, avec laquelle ils entretiennent un rapport ambigu : entre mise à distance et collaboration.

1. « La plus grande dangerosité, c'est la recherche du clivage de notre équipe » : de l'intervention sur la dangerosité à l'intervention en danger

Dans le contexte hybride des UPML, entre soin et sécurité, les professionnels tentent de maintenir une distance vis-à-vis du volet pénal, endossant eux-mêmes le rôle de soignant-policier ou de psychiatre-juge, comme je l'ai montré dans le chapitre 5. Cependant, si la menace est élevée, le recours au tiers judiciaire et sécuritaire est presque inévitable. Ce choix, motivé de prime abord par la crainte d'un nouveau passage à l'acte, se justifie également par la mise en péril du cadre de travail.

Monsieur Maputo est un patient d'origine africaine d'une trentaine d'années. Après plusieurs mois passés en prison, au sein du régime cellulaire, il intègre l'unité B pour y poursuivre sa libération à l'essai. Il arrive peu de temps après le début de mon terrain ethnographique, soit en mai 2021. Interné pour des faits de vol et de violence, il est aujourd'hui suspecté de « *dealer* » dans le service. Monsieur Maputo entretient une relation amoureuse avec une autre patiente de l'unité. Au fil de son séjour, les professionnels disent se sentir « mal à l'aise » en présence du patient. Marc, psychiatre, propose à plusieurs reprises de « mettre l'AJ [assistante de justice] sur le coup » car « c'est bien d'avoir le tiers judiciaire pour remettre le cadre » *(JT, unité B, 9 août 2021)*. Toutefois, les méfaits du patient se répètent. J'apprends qu'« il a mangé les boules Quies » d'un autre patient, a fugué plusieurs fois et, selon l'équipe, manque souvent de respect envers le personnel. Il est qualifié de quelqu'un de « méfiant », qui présente « des traits antisociaux » et « narcissiques » avec « une dimension délirante sous-jacente » : « on ne sait pas ce qui se joue », souligne le psychiatre ; « et quand on aborde la question de la responsabilité il ne vient plus [aux rendez-vous de consultation] » *(JT, unité B, 4 octobre 2021).*

Le 8 novembre 2021, j'observe la réunion d'équipe hebdomadaire de l'unité B. Les professionnels échangent sur la situation de Monsieur Maputo. Marc, psychiatre, entame la discussion : « Bon. Monsieur Maputo… misère ! Tout a commencé en douceur. Aurais-je à vous apprendre qu'il fait les 400 coups ? Qu'il est positif au test conso' ? ». Le médecin mentionne ensuite la dernière fugue du patient qui, entretemps, est revenu à l'unité. « Il fait peur de manière globale […]. Il faut le revoir avec son assistante de justice ».

> Amélie, *psychologue* :
> « Il se sent coincé. Il voudrait aller ailleurs que dans un hôpital psychiatrique qui accueille des internés ». Elle explique que Monsieur Maputo veut déposer une candidature dans une autre UPML car « ici, il a l'impression que tout le monde est contre lui. »
>
> Julie, *psychologue*, réagit :
> « À [l'unité C – une autre UPML], ils ne vont jamais l'accepter car on va devoir justifier pourquoi il veut quitter [l'unité B]. »
>
> Amélie, *psychologue* :
> « Mmm je pense que d'ici la réponse de [l'unité C], il va se tenir à carreau. »
>
> Julie, *psychologue* :
> « Ah oui tu penses ? Des patients me disent qu'il revient saoul. Il terrorise quelques patients, il a des traits antisociaux. »
>
> Marc, *psychiatre* :
> « Il faut reprendre le point avec l'AJ [assistante de justice] et voir où on en est nous, dans la sécurité qu'on a. »
>
> Amélie, *psychologue* :
> « Mais si on refuse de faire cette candidature, il va être ingérable ! »
>
> Julie, *psychologue* :
> « Il a un potentiel de dangerosité, on ne peut plus le garder. »
>
> Marc, *psychiatre* :
> « Oui je suis un peu inquiet de l'immédiateté du passage à l'acte. Sa personnalité narcissique surpasse la paranoïa, mais il ne va pas risquer de se tirer une balle dans le pied, il se croit trop merveilleux […]. La plus grande dangerosité, c'est la recherche du clivage de notre équipe et de dénoncer tel ou tel intervenant. »

L'intervention auprès de Monsieur Maputo devient de plus en plus délicate. Des contacts sont pris et des demandes de concertation sont envoyées à l'assistante de justice du patient, qui représente à la fois une figure de travail social et aussi de justice, étant la garante officielle des conditions de libération à l'essai. À première vue, la suggestion de « mettre l'AJ sur le coup » est justifiée par l'énumération d'éléments liés à son attitude problématique à l'égard des autres patients qu'il terrorise, ainsi qu'à son « potentiel de dangerosité », bien que peu d'éléments illustrent celui-ci. Le psychiatre déplace toutefois le curseur vers l'équipe (« où on en est

nous ») et rappelle qu'en réalité, s'il y a des raisons de craindre un futur passage à l'acte, « la plus grande dangerosité, c'est la recherche du clivage de notre équipe et de dénoncer tel ou tel intervenant ». Notons que la terminologie pénale est largement mobilisée mais peu explicitée : que signifie, dans ce contexte, « un passage à l'acte » ? S'agit-il d'un acte punissable selon les termes du code pénal (par exemple, une agression violente) ou plutôt d'un acte qui transgresse le règlement interne de l'unité (revenir saoul) ? La distinction entre les deux est peu claire ; elle est néanmoins importante car elle n'implique pas la même procédure. Dans le premier cas, le ministère publique intervient et peut engager des poursuites (voir *infra*), tandis que, dans l'autre, l'affaire est gérée en interne : l'UPML peut décider de sanctionner le patient, par exemple en supprimant ses sorties (chapitre 5, point III).

La déclaration du médecin renforce les arguments émis précédemment : dans un contexte d'intervention auprès d'une population considérée comme dangereuse, quoique jugée irresponsable des actes dangereux qui ont été commis, il est intéressant de constater qu'en réalité, ce qui menace davantage les professionnels, c'est le risque d'ébranler le cadre de travail et, par conséquent, le sentiment d'impuissance et d'épuisement que cela fait peser sur l'équipe. La discussion se poursuit et tend à confirmer cette hypothèse :

> Colin, *infirmier* :
> « Moi je ne sais plus travailler avec lui, il ne me parle plus. »
>
> Marc, *psychiatre* :
> « Oui, écris ça dans le dossier. »
>
> Noémie, *assistante sociale* :
> « Les autres partagent un ressenti similaire, il tente de cliver l'équipe […]. Quand il voit que je ne vais pas dans son sens, il ne vient plus vers moi. »
>
> Marc, *psychiatre* :
> « Et comment vous vous sentez par rapport à ça ? »
>
> Noémie, *assistante sociale* :
> « J'ai l'impression de n'avoir jamais rien fait de concret. »
>
> Le psychiatre semble surpris des réponses qui lui sont données : « je vous trouve vraiment sympa… à titre personnel, peut-on encore bosser avec ce gars-là ? »

Plusieurs membres de l'équipe se plaignent de ne pas pouvoir travailler avec le patient, entendu que son autonomie serait difficilement ajustable aux attentes. L'intervention stagne et débouche sur peu de perspectives concrètes en vue d'une sortie prochaine de l'unité afin de poursuivre la libération à l'essai. Le psychiatre s'assure que chaque fait et geste dudit patient soit convenablement « documentés » afin de laisser une trace qui permettra de justifier, dans le

futur, une possible décision d'arrêt d'intervention ; intervention qu'il ira même jusqu'à remettre en question lors de la réunion (« peut-on encore bosser avec ce gars-là ? »).

2. La police à l'UPML pour sauver l'équipe

Lors de la réunion, d'autres professionnels se mêlent à la discussion sur le « cas » de Monsieur Maputo, donnant tour à tour des exemples de situations qui, selon eux, posent problème.

Jonas, infirmier :
« Il fait du sport uniquement quand c'est moi [qui anime l'activité]. »

Gabriella, psychologue :
« Il se plaint qu'il s'ennuie et le problème, c'est qu'il propose de l'alcool aux autres patients. »

Marc, psychiatre :
« Ok, il faut que je documente ça. Donc le sport, et pas avec n'importe quel intervenant. Il propose du cannabis aux autres ? »

Julie, psychologue :
« Oui, c'est Alessandro [un autre patient] qui m'a raconté qu'il avait refusé le cannabis que Monsieur Maputo lui tendait. »

Marc, psychiatre :
« On verra ce qui est possible entre le médical et le judiciaire, peut-être une révocation, on verra… Ce n'est pas à nous de faire justice, ne nous mettons pas en danger à ce niveau-là. »

Valérie, assistante sociale :
« Peut-être que l'AJ [assistante de justice] peut indiquer dans son rapport un passage devant la CPS [Chambre de protection sociale] pour marquer le coup ? »

Marc, psychiatre :
« Ok, je le répète, tout acte de désobéissance doit être documenté et m'être envoyé par mail. »

(JT, unité B, 8 novembre 2021)

L'usage du terme « désobéissance » est intéressant car il fait davantage écho à l'incapacité du patient de se soumettre au règlement de l'unité, sans forcément faire intervenir le registre du crime ou du délit. Dans ces derniers échanges, le psychiatre aborde directement l'enjeu qui guette l'équipe : la décision de révoquer la libération à l'essai du patient. Si la décision est pénale, au sens où c'est le ministère public qui peut saisir la CPS en vue de la révocation de la libération à l'essai (art. 59 de la loi du 5 mai 2014), c'est néanmoins le psychiatre, en sa qualité de responsable médical du patient, qui rédige un rapport circonstancié servant de base pour justifier qu'en tant qu'UPML, il ne s'estime plus en mesure de prendre en charge le patient concerné, et enclenchera une procédure de révocation. Dans les faits, la révocation est souvent

précédée d'une suspension de libération à l'essai (art. 61), ce qui permet de placer temporairement, dans un délai d'un mois, le patient à l'annexe psychiatrique d'une prison, le temps qu'une place se libère dans un lieu de placement officiel (voir le chapitre 1).

Environ un mois plus tard, le 15 décembre 2021, la tension est palpable à l'unité B. Je ne comprendrai ce qui se trame qu'à l'arrivée de la police. Trois agents issus d'un groupe d'intervention spéciale, équipés d'un gilet pare-balles et cagoulés, pénètrent dans l'unité. Je comprends rapidement qu'ils viennent « pour Monsieur Maputo ». Ils s'adressent aux infirmiers, et demandent si le patient en question « est calme ». Ils traversent la pièce principale de l'unité, où sont attablés la majorité des patients, c'est l'heure du *lunch*. Monsieur Maputo se trouve, quant à lui, sur la terrasse. Je perçois un léger sentiment de frayeur en salle : les patients sont quelque peu surpris et inquiets de voir débarquer le cadre sécuritaire, certains laissent entrevoir qu'une consommation ou un trafic de drogue a lieu dans l'unité, étant presque déjà en train d'avouer les faits alors que leur sort n'est pas concerné. Très vite, j'apprends que le patient s'est échappé, il court dans les champs avoisinants, tentant de semer les agents, qui finiront par le rattraper. Ils reviennent, leur pantalon est plein de boue ; Monsieur Maputo est menotté. « C'est la procédure », nous dit-on.

Peu après l'arrestation de Monsieur Maputo, Jonas infirmier ironise la scène : « il a réussi à larguer les interventions spéciales, je l'ai bien entraîné [au sport] ». Valérie et Noémie, assistantes sociales, m'expliquent que Marc, psychiatre, a finalement envoyé un rapport à la CPS, indiquant que l'équipe ne pouvait plus assurer la prise en charge de Monsieur. Il n'y a pas eu « de passage à l'acte en soi, il était juste très menaçant avec l'équipe ». La CPS a d'ailleurs statué rapidement : suspension de la libération à l'essai, « il sera renvoyé en prison et placé dans l'annexe psychiatrique de la prison de R. ». J'entends dire que la prison concernée était au courant depuis hier que Monsieur Maputo allait être réincarcéré, tout comme l'équipe de l'unité B, prévenue la veille également. Le seul surpris de l'affaire est le premier concerné, Monsieur Maputo lui-même. Une infirmière efface le nom du patient sur le tableau blanc, la case redevient vide.

La police intervient rarement à l'intérieur des UPML. La venue des agents de police est d'ailleurs mal vécue par les patients et les professionnels, qui ne manquent pas de s'en plaindre. À l'occasion d'un colloque sur l'internement, un-e membre du Parquet présent-e s'étonne d'apprendre que l'expérience est douloureuse tant pour l'équipe que pour les patients et propose d'envisager une autre procédure à l'avenir. La libération de Monsieur Maputo n'a pas été

suspendue en raison d'un « passage à l'acte » mais la décision fait suite au sentiment de malaise ressenti par l'équipe en raison des comportements répétés du patient, interprétés comme une menace pour l'intervention et la sécurité des uns et des autres. Le registre de la dangerosité, est ici traduit en termes de « menace ubiquitaire » (Marquis, 2022, [en ligne]), et ne fait pas référence à des actes infractionnels avérés. Toutefois, la menace ou l'ensemble de signes qui manifestent la potentielle commission d'un fait illicite et dangereux est un phénomène difficile à objectiver, d'où l'insistance du psychiatre de systématiquement documenter les expériences et les témoignages de chacun.

Face à des situations aussi complexes qu'incertaines et qui présentent un niveau de contingence très élevé, il n'est pas surprenant que les professionnels n'aient pas d'autres choix que de bricoler et de contrôler la seule variable qui permet de tout faire tenir ensemble : le cadre de travail, en ce compris les liens entre les membres de l'équipe. La mise à mal de cet équilibre justifie la mise à l'écart d'un patient.

Les observations des processus de qualification et d'évaluation qu'opèrent les professionnels sur leur travail mettent en avant au moins trois formes de mise en danger qu'on peut retrouver sur ce terrain, qui se manifestent essentiellement par le registre de la « menace » : la possibilité d'un passage à l'acte qui entrainerait la rechute infractionnelle du patient, la non-volonté du patient à participer au travail d'autonomie, entendu que celui-ci ne serait pas suffisamment « demandeur » ou « preneur » et que son autonomie serait, du moins pour un temps, mal ajustée et, enfin, l'épuisement de l'équipe et l'ébranlement du cadre.

CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Le travail d'autonomie n'est pas lisse et peut progressivement s'éroder. L'intervention auprès des patients internés, qui s'étale sur plusieurs mois, est sans garantie de résultat. Face à des situations qui paraissent inextricables, le travail devient éprouvant et est éprouvé par l'équipe. Les professionnels s'expriment pour partager leur état d'esprit mais aussi dans un souci d'objectivation et de mise à distance, qui passe parfois par l'écrit. L'heure est à la protection et au sauvetage de l'intervention, tentant de maintenir un certain niveau de cadre et de garantir l'état de santé de l'équipe.

Pour ce faire, les professionnels prévoient des moments de réflexions principalement orales et collectives, à l'instar de ce qu'ils font quand ils traitent des capacités et des avancées d'un patient. Dans le cas de Monsieur Lefebvre exposé plus haut, de nouvelles interprétations sont proposées pour tenter de solutionner le problème. C'est la piste du TDAH qui met fin aux discussions. Cette nouvelle lecture de la situation transfère en quelque sorte la responsabilité du « bon » fonctionnement de l'intervention de l'équipe vers la situation du patient et son « diagnostic » : ce dernier n'adhèrerait pas au travail d'autonomie car « il ne peut pas ». Cette lecture, qui rappelle une vision « fixiste » et médicale du trouble (voir le chapitre 3, quand j'aborde le cas de Monsieur Sana), donne du sens aux difficultés de l'intervention. Mais quand la tension atteint son paroxysme, l'équipe peut prendre la décision d'arrêter l'intervention, comme l'illustre le cas de Monsieur Maputo. Les professionnels font durer la prise en charge jusqu'à l'épuisement, et quand ils arrivent à la conclusion « qu'on ne peut plus rien (y) faire », ils mobilisent un ultime registre d'action qui consiste à cesser d'agir. En se tournant vers le tiers « justice », ils tentent par là de sauver le cadre de soin par le cadre pénal. Et ce n'est pas tant la menace de la récidive qui use le travail mais la menace qui pèse sur le travail d'équipe : faire tenir le cadre est central. « Bien soigner », dans ce contexte, consiste aussi à *se préserver* en tant qu'équipe afin de *préserver* le cadre de l'intervention.

En miroir des interventions et des évaluations directement dirigées vers les patients (voir les chapitres 3 à 5), ce chapitre a mis en lumière que les professionnels questionnent continuellement leur propre façon d'agir vis-à-vis des patients, se demandant, en somme, « mais qu'est-ce qu'on est en train de faire avec ce patient ? ». Le travail d'autonomie *se réfléchit* sur la pratique des équipes, en ceci qu'il renvoie une certaine image de ce qu'elles font, ce qui pousse les professionnels *à réfléchir* sur leur pratique, formulant des critiques et des jugements sur le travail d'autonomie en vue de le modifier ou de l'ajuster. Les chapitres

précédents ont, chacun, été des ingrédients nécessaires pour aboutir à la thèse développée dans celui-ci : l'évaluation que les soignants font des patients est indissociable de celle qu'ils produisent sur leur propre intervention. Ils sont à la fois *évaluateurs* des patients et *évalués* dans leur propre entreprise d'évaluation et d'intervention. Pour le dire simplement, ils s'évaluent en évaluant. Ceci peut s'expliquer par l'objectif de l'intervention : les professionnels cherchent à opérer un changement chez les patients – changement qui se joue au niveau des capacités d'autonomie de ces derniers. Ils interviennent sur leur autonomie, s'assurant qu'elle corresponde à l'idéal attendu et, en même temps, en vue de garantir cette autonomie, ils doivent veiller à ce que l'intervention soit aussi pratiquement efficace que moralement justifiée.

Rapporter en réunion les difficultés liées à des « cas » jugés complexes et peu rassurants (comme celui de Monsieur Lefebvre et celui de Monsieur Maputo) sont une des façons dont l'équipe ramène les choses à sa pratique professionnelle. Le travail de préparation à la réinsertion provoque des émotions fortes chez les professionnels, et la manière dont ils en parlent montrent qu'il est impossible pour eux de se détacher complètement de l'intervention qui marque leur professionnalité. Le chapitre a également montré que les opérations critiques des professionnels ont tendance à se formaliser et à s'externaliser, bien qu'elles restent principalement cantonnées à une pratique d'entre soi, plus frappante dans le cas des UPML qu'à l'équipe mobile TSI ; ce qui limite les moments d'éclairage quant aux conflits liés à la façon de procéder et réduit l'espace des opportunités pour véritablement transformer les pratiques. Il est en effet difficile de mesurer les réels effets de cette réflexivité.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

La troisième partie s'immerge dans les pratiques d'intervention, s'articulant autour de deux niveaux épistémologiques différents. D'abord, j'ai tenté, dans le chapitre 5, de comprendre ce qu'implique l'intervention, qui consiste à rendre autonome, en suivant les acteurs dans leur pratiques quotidiennes, comme si j'avais une caméra à l'épaule. Les discussions sur l'organisation de ces pratiques en réunion d'équipe étaient néanmoins également nécessaires à l'analyse. Ensuite, dans le chapitre 6, soulignant l'épuisement que peut générer le travail d'ajustement de l'autonomie, j'ai immobilisé la caméra pour me focaliser sur les instances collectives et réflexives, formelles ou informelles, lors desquelles les professionnels prennent le temps de qualifier l'état des situations et analysent l'intervention qu'ils sont en train de mener. J'ai mis l'accent sur les situations irrégulières qui invitent à beaucoup d'efforts de régulation et de réflexion de la part des équipes.

Les deux chapitres mettent en avant la posture ambigüe qu'entretiennent les UPML avec le « côté justice ». D'un côté, ils tentent de se mettre à distance de l'autorité judiciaire pour maintenir une scission entre les deux champs d'intervention et éviter toute forme de contrôle externe (voir le chapitre 5 et le recours à la sanction). De l'autre, les professionnels vont parfois se saisir pragmatiquement de l'instance judiciaire comme d'un levier pour remettre du cadre[177], à l'instar de ce que montre Nicolas Sallée à propos des éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse en France, qui ne mobilisent pas « la contrainte pénale » comme d'une « arme juridique appliquée systématiquement mais [comme] une ressource éducative utilisée pragmatiquement » pour responsabiliser les jeunes justiciables (2012, p. 253). Ce faisant, les professionnels des terrains de la thèse conservent une identité de soignant et confèrent aux acteurs du pénal le poids de la responsabilité des décisions officielles relatives aux sorties définitives des patients (voir le chapitre 4). Mais la justice pénale peut aussi incarner la figure du sauveur quand l'intervention n'est plus tenable et qu'elle finit par échouer, comme l'illustre la gestion du « cas » de Monsieur Maputo (voir le chapitre 6).

[177] L'équipe mobile TSI se retrouve elle aussi dans ce rapport d'ambivalence avec la cadre judiciaire ; je ne développe pas ce point ici car il fait déjà l'objet d'une analyse publiée ailleurs. Voir De Spiegeleir, S. (2022). L'internement à l'épreuve de l'ambulatoire en Belgique : le cas des équipes mobiles Trajet de Soin Internés (TSI). *Archives de Politique criminelle*, 2022, 44, 199-213. https://doi.org/10.3917/apc.044.0199.

Si l'idéal d'autonomie prévoit que les patients internés fournissent un effort en termes de réflexivité sur ce qu'ils font et ont fait, il semble qu'ils ne sont toutefois pas les seuls à devoir continuellement produire un effort réflexif quant à leur situation. Les professionnels aussi réfléchissent collectivement à ce qu'ils font, cet exercice est d'ailleurs inhérent aux professions à caractère prudentiel. La littérature sociologique qui s'intéresse à ce type de professions et aux épreuves de professionnalité des acteurs du champ de l'intervention psycho-médicosociale (Ravon, 2010 ; Hennion, Vidal-Naquet, 2015 ; Ravon, Vidal-Naquet, 2018) le souligne largement : les épreuves liées au travail d'intervention auprès d'autrui « sont l'occasion de qualifier les choses, de revenir sur des événements passés, sans disposer d'explication définitive ; les choix s'expriment, les façons de faire se discutent » (Hennion, Vidal-Naquet, 2015, p. 69). Les auteurs font d'ailleurs « de la compétence réflexive internalisée un équipement indispensable des professionnels du travail sur autrui » (Ravon, 2016, [en ligne]).

L'enquête menée sur le terrain des UPML met en évidence des pratiques similaires, mises en exergue dans ce chapitre. Toutefois, elle permet aussi d'attirer l'attention sur les contraintes qui bornent la capacité des acteurs à réellement réfléchir à ce qu'ils font. L'effort de prise en compte de ces contingences empêche une forme d'hyper-valorisation ou de quasi essentialisation de la réflexivité des professionnels. Celle-ci, à l'image du recours à la contrainte (voir le chapitre 5), doit aussi être replacée dans le contexte social au sein duquel elle se produit : certes, les professionnels réfléchissent, jusqu'à un certain point, à l'usage de la contrainte, mais leur réflexion est elle-même contrainte : sans cesse affectée par des aspects pratiques (un contexte social qui pèse) ou moraux (des idéaux de la « bonne » intervention qui cadrent), elle a parfois tendance à stagner, empêchant une prise de décision ou un véritable changement dans la pratique.

CONCLUSION GENERALE

L'internement, fait social qui fascine et terrifie à la fois, est teinté de toute une série de préconceptions, souvent issues des grandes œuvres fictionnelles, littéraires ou cinématographiques. Amatrice du genre, j'étais curieuse de voir à quoi ressemblait *réellement* la prise en charge des « fous dangereux » dans le paysage belge du XXI^{e} siècle. Mener une enquête ethnographique dans les murs des UPML et auprès d'une équipe mobile TSI s'est avéré être une expérience intellectuelle et humaine aussi riche qu'inédite, qui m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de la mesure de sûreté et, en particulier au stade de la libération à l'essai, lorsque la question de la réinsertion sociale se pose, de rendre à la pratique de l'internement toutes les nuances qui la composent.

Favorisant une démarche pragmatique et ethnographique, j'ai plongé au cœur des actions et des interactions des professionnels sur les terrains étudiés, mettant en lumière la marge de manœuvre dont les équipes concernées disposent, tant face au travail d'évaluation de l'autonomie, de la dangerosité et, en somme, de la réinsérabilité des patients internés qu'elles prennent en charge, que face au travail d'intervention auprès des patients et de la préparation à leur sortie. C'est la raison pour laquelle j'ai avant tout porté mon attention sur les différents moments de délibération et de reprises critiques des professionnels. La thèse a fait de l'internement, traditionnellement perçu comme un objet psychiatrique et juridique, un objet sociologique qui met au jour les relations sociales qu'il produit et le contexte de celles-ci.

Pour clore ce travail, je reviens sur les arguments développés dans la thèse, faisant apparaitre les principaux enseignements (I.). Sur cette base, je propose quatre pistes de réflexion pour de futures recherches en la matière ou dans des domaines connexes (II).

I. Préparer à la sortie de l'internement : évaluer et travailler l'autonomie dans un contexte de sûreté

Il est souvent avancé, notamment dans les cénacles militants qui œuvrent pour le respect des droits des personnes internées, que dans l'internement « rien ne fait soin ». Mais que signifie concrètement « faire soin » dans un contexte où le soin est automatiquement pensé de pair avec la sécurité ? La thèse s'est donnée pour tâche d'analyser les pratiques des professionnels de soins de santé mentale dans un contexte de sûreté, à la lumière de deux « terrains » clés de l'internement : les unités psychiatriques médico-légales et l'équipe mobile TSI, qui tentent de préparer la personne internée à la réinsertion. La rationalité de la mesure d'internement, entre soin et sécurité, semble être un compromis qui fonctionne sur le plan légal, mais sa traduction pratique implique quelques adaptations. À travers les chapitres, j'ai tenté de mettre en lumière les arrangements pratiques du compromis de départ et ce que cela fait à la professionnalité des équipes concernées.

Pendant longtemps, le sort des irresponsables de « la défense sociale » se réduisait à des formes de mises à l'écart au sein de structures de type asilaire ou carcéral dont il était quasiment impossible de sortir. Les personnes internées n'avaient pas ou seulement très peu de perspectives de réinsertion sociale. L'entrée dans le XXI^{e} siècle change la donne. Le traitement réservé aux personnes internées retentit sur la scène internationale, notamment en raison des décisions rendues par la CEDH concernant la situation jugée « catastrophique » des annexes psychiatriques de prison, peu disposées à dispenser des soins. En conséquence, l'Etat belge prend des mesures pour déloger les personnes internées des annexes et tenter de les « soigner » au sein de lieux plus appropriés. Ce contexte marque l'avènement de nombreux « lits internés » ainsi que d'UPML, tant au sud qu'au nord du pays. Cette offre hospitalière de soins de santé mentale, exclusivement prévue pour les personnes internées, est renforcée par l'accompagnement ambulatoire que proposent les équipes mobile TSI qui, impulsées par la réforme 107, émergent au tournant des années 2010 (voir la première partie de la thèse, les chapitres 1 et 2). Partant, « faire sortir » les personnes internées des institutions qui les prennent en charge est aujourd'hui mis au premier plan. La thèse ne s'est pas concentrée sur les lieux d'internement hautement sécurisés, qui interviennent en général au début du trajet de soins, mais a préféré se focaliser sur le moment charnière qu'est la période de libération à l'essai à l'hôpital : en effet, s'y performent les prémices du travail de préparation à la sortie. Ethnographier ce travail *en train de se faire* a réalisé une des ambitions de la thèse, à savoir

comprendre ce qu'il est véritablement attendu des personnes internées dans la perspective de leur réinsertion et la façon dont cette dernière est concrètement envisagée.

Le projet de départ dans lequel s'inscrit la thèse (« Projet AutonomiCap », voir l'introduction générale) prend appui sur le postulat qu'aujourd'hui, « l'autonomie se serait imposée comme norme et valeur centrale des sociétés individualistes » (2018, p. 6). Ces sociétés (essentiellement occidentales) seraient imprégnées du contexte de « l'autonomie comme condition » (Ehrenberg, 2010, p. 189), qui « se caractérise par la valeur accordée à l'autonomie individuelle (qui est à la fois un droit et un devoir pour les individus) » et qui présuppose que chacun d'entre nous, « peu importe l'âge ou la condition, [aurait] la capacité d'être autonome, même si celle-ci peut être temporairement empêchée » (en raison d'un handicap ou d'un trouble mental, par exemple) (Marquis, 2019, p. 249 ; *ma traduction*). L'enquête au sein des UPML et auprès de l'équipe mobile TSI s'est intéressée à la façon dont l'autonomie se manifeste sur la scène de l'internement et comment elle est concrètement évaluée et façonnée ; autrement dit, elle a montré la place et la valeur que lui confèrent les équipes professionnelles à l'étude.

La catégorie autonomie et ses jeux de langage sont directement apparus, dès les premiers pas sur le terrain, comme une finalité de l'intervention et, qui plus est, lors de la libération à l'essai, moment où le patient interné doit développer son autonomie et se responsabiliser en prévision de sa sortie. Il est attendu des personnes internées qu'elles soient *suffisamment autonomes* afin de pouvoir réintégrer la société, en ce compris ne plus faire l'objet d'une mesure de sûreté, au même titre que n'importe quel autre citoyen. Une première étape a donc été de comprendre ce que recouvre cette attente d'autonomie et ses dimensions concrètes, en s'intéressant à la manière dont les professionnels des terrains étudiés se saisissent pratiquement de cette notion dans leur travail au quotidien (voir la deuxième partie de la thèse, les chapitres 3 et 4). En théorie, on peut définir l'autonomie de multiples façons, mais dans le cadre de la thèse, l'approche « par le bas » met en lumière ce que la notion signifie pour les personnes qui la mobilisent, c'est-à-dire ce que les professionnels rangent dans cette catégorie.

À partir de l'analyse de l'évaluation des candidatures (chapitre 3) et des projets de sortie (chapitre 4), qui est performée en réunion d'équipe, soit sur la base de dossiers, soit sur celle de l'observation en salle des patients, il ressort que l'autonomie est un critère d'évaluation à l'aune duquel est appréciée la pertinence d'une admission au sein de l'unité et d'une sortie de celle-ci, ce qui témoigne d'une progression dans le TSI. L'autonomie renvoie à trois référentiels

que j'ai respectivement nommés l'autonomie-indépendance, l'autonomie-socialisation et l'autonomie-responsabilité. Si les deux premiers sont plutôt communs, le troisième, qui sous-tend une forte dimension morale, semble être une caractéristique propre à l'internement, en ceci qu'il n'apparait pas distinctement sur d'autres terrains de santé mentale, selon des recherches précédentes du même type, par exemple au sein de services de santé mentale issus du circuit régulier de la psychiatrie, où l'autonomie signifie « être soi, être actif, être correctement socialisé » (Marquis, 2022, [en ligne]). Il n'est nullement fait référence à un aspect d'ordre moral qui traduirait chez l'individu concerné une capacité à prendre conscience du caractère illégal des actes commis, à reconnaitre ses torts ou, pour le dire plus simplement, à distinguer le bien du mal et, dès lors, à être doté d'une moralité suffisante pour se réinsérer socialement. En outre, l'autonomie-responsabilité fait intervenir la notion de dangerosité, qui apparait comme le revers de l'autonomie attendue : si un patient est évalué comme étant suffisamment autonome, cela signifie que, dans le jugement que font les professionnels, la dangerosité de la personne n'est plus vue comme un problème ou, *a minima*, qu'elle est perçue comme étant considérablement réduite. Lors d'un colloque organisé au printemps 2023, un psychiatre, spécialisé dans l'internement, a déclaré qu'aujourd'hui « le délit fait partie du soin » et que, ce faisant, une des missions de l'hôpital psychiatrique médico-légal consiste à « lutter contre la récidive ». Le soin dans un contexte de sûreté coïnciderait avec une intervention axée sur l'acte infractionnel et servirait un objectif pénal.

Ensemble, les deux moments forts du séjour en UPML (l'entrée et la sortie définitive) entourent l'intervention qui prend la forme d'un « travail d'autonomie » afin, non seulement, d'augmenter l'autonomie du patient (il doit être *plus* autonome qu'à son arrivée) mais aussi de l'ajuster aux attentes normatives du cadre d'intervention, fondé sur le jugement des professionnels, dans le but de le préparer à sa réinsertion (il doit être *correctement* autonome ou « comme il faut »). Une seconde étape de la thèse a, dès lors, consisté à décrire ce travail d'autonomie, autant d'un point de vue pragmatique, détaillant les pratiques des professionnels en contexte d'intervention, que « métapragmatique » (Boltanski, 2009, p. 165), s'intéressant aux capacités des professionnels à qualifier et à critiquer les situations qu'ils sont amenés à traiter et les façons dont ils les traitent (voir la troisième partie de la thèse, les chapitres 5 et 6).

Dès l'arrivée du patient à l'unité, les professionnels évaluent le niveau d'autonomie du patient, qui est censé déjà témoigner de certaines capacités d'autonomie, et tentent de façonner celle-ci afin de rendre le patient réinsérable. Les observations mettent en avant que faire correspondre

l'autonomie du patient aux normes établies et aux attentes, dans le temps imparti de l'intervention, nécessite, dans la plupart des cas, d'user de formes graduées de contrainte, le patient n'étant pas toujours volontaire, ni capable, de faire ce qu'on attend de lui (chapitre 5). La typologie de Lovell (1996) s'est avérée particulièrement utile pour déplier les usages de la contrainte, sans s'attarder uniquement sur les formes les plus évidentes et les plus décriées, comme le recours à la force et les mises à l'isolement et ce, bien qu'elles méritent évidemment toute notre attention.

L'analyse a mis en exergue un registre particulièrement mobilisé par les UPML qui tend à confirmer l'autonomie-responsabilité comme point focal de l'intervention : le recours à la sanction. Face aux infractions au règlement des unités commises par les patients, notamment en matière d'usage de stupéfiants ou de toutes autres substances interdites, les professionnels tentent d'agir afin de faire régner l'ordre et d'éviter l'escalade. En pratique, sanctionner revient à mettre le patient temporairement à l'écart des autres patients de l'unité (isolement) ou de la société (suppression de sorties). Mais la sanction sert aussi un objectif de responsabilisation, tentant de faire agir et de faire réagir le patient face à ses actions. Et ce processus démarre dès la suspicion d'une transgression, lorsqu'un travail de récolte de preuves est enclenché afin d'objectiver le méfait et d'obtenir des aveux. Il n'est toutefois pas toujours facile pour les équipes d'user de la contrainte pour rendre autonome le patient. Parfois, l'autonomie ne s'ajuste pas ou pas comme il faut. Frustration et fatigue sont alors au rendez-vous et, à force de répétition, peuvent générer des formes d'usure qui, non seulement, rendent le travail difficile mais poussent les professionnels à questionner ce qu'ils font, les mises en péril du cadre d'intervention étant un enjeu crucial sur ce terrain (chapitre 6). Les entreprises critiques des professionnels sur leur propre activité de « soignants » est constitutive de l'intervention, au même titre que les réflexions et les évaluations qu'ils performent sur les patients, leurs projets et leurs progrès. L'intervention révèle un jeu de miroir omniprésent, dont on peut faire l'hypothèse qu'il est l'emblème des pratiques professionnelles sur d'autres terrains de soins de santé mentale, voire même de l'intervention auprès d'autrui.

L'analyse aurait néanmoins pu situer davantage les profils sociaux des acteurs, afin d'identifier si le type de profession, la place occupée dans la division du travail, la génération ou encore « l'école » à laquelle appartiennent les professionnels influencent la manière dont ils prennent un charge un patient interné et, en particulier, la manière dont ils se positionnent vis-à-vis de l'autorité, des formes (ou outils) d'évaluation ou encore de la contrainte. Par exemple, les

soignants de première ligne ont plutôt tendance à se ranger derrière une logique de soin plus traditionnelle, qui défend une vision médicale de la « guérison », basée sur « l'engagement [du patient] dans une démarche de soin répondant aux critères des professionnels […] avec un allégement progressif de l'encadrement social » (Moreau, Laval, 2015, p. 224), tout en tentant de mettre les capacités et l'autonomie de la personne au centre de l'intervention ; le tout sur fond sécuritaire. Plutôt que d'y voir des incohérences ou des contradictions, par la mise au jour des pratiques et leur actualisation, la thèse montre des façons plurielles de s'approprier des modèles et discours institutionnels « d'en haut » afin de tenter de faire tenir ensemble « en bas » le quotidien fragile et incertain de la psychiatrie légale.

La démonstration des pratiques à l'UPML, et notamment des pratiques de contrainte, est mise en contraste avec la pratique de l'équipe mobile TSI qui, sans véritables leviers pour cadrer les actions et l'autonomie des patients, se positionne en véritable collaborateur du soin, tant pour les patients internés que pour les institutions d'internement. L'équipe ambulatoire tente par là d'asseoir sa légitimité dans un contexte marqué par une forte prégnance institutionnelle et sécuritaire, prêchant pour une vision partenariale du soin, conformément à la figure du « bon soin » véhiculée dans la dernière réforme des soins de santé mentale, la réforme 107 (chapitre 1).

L'analyse serait incomplète sans l'effort de contextualisation des pratiques que j'ai tenté d'opérer. UPML et équipes mobiles TSI ne naviguent pas en solitaires mais sont parties prenantes de l'archipel institutionnel de l'internement qui fait peser certaines contraintes sur les pratiques… de contrainte. Si l'ethnographie se révèle être particulièrement pertinente pour décrire les actions des individus, elle l'est d'autant plus pour lever le voile sur le contexte macrosocial qui lie ces actions entre elles et qui, parfois, les détermine. Le manque d'effectif chez les soignants de première ligne, le nombre de places disponibles ainsi que les exigences des institutions qui suivent la prise en charge des UPML sont des exemples parmi d'autres de contraintes institutionnelles. La prise en compte de celles-ci dans l'analyse vise à situer socialement et à expliquer les pratiques sans pour autant les condamner ou les défendre.

Enfin, lorsque les professionnels évaluent et établissent les critères de la « bonne » candidature du patient en vue de son admission à l'UPML (chapitre 3) et du « bon » projet de réinsertion dans l'optique d'une sortie définitive de l'unité (chapitre 4), ou lorsqu'ils décident de recourir à différents degrés de contrainte afin de rendre le patient suffisamment et correctement

réinsérable (chapitre 5) et qu'ils questionnent l'intervention pour tenter de la préserver (chapitre 6), ils entreprennent un travail foncièrement prudentiel (Champy, 2012).

L'évaluation et l'intervention sur l'autonomie s'inscrit dans un contexte d'incertitude immense car il est impossible pour les professionnels, et quiconque d'ailleurs, de prévoir la tournure des événements. Ceci peut générer de l'instabilité et de la fragilité dans le regard que portent les équipes sur leur travail. La recherche a tenté de s'emparer de cette question de l'incertitude, précisément en s'intéressant à l'action des professionnels, qui trouve d'autant plus de sens lorsqu'elle est « confrontée à l'incertitude » (Boltanski, 2009, p. 163). L'analyse des pratiques, dont se dégagent les représentations de l'autonomie et le travail de celle-ci, révèle la teneur prudentielle des pratiques à l'œuvre. Par la délibération, les professionnels sont amenés à évaluer et à gérer des cas uniques et difficiles qui ne cessent d'évoluer. Et ces pratiques prudentielles placent « l'incertitude, le risque et la fragilité au cœur de l'activité [professionnelle] » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 81). J'ai montré, au fil des chapitres, l'état de l'activité prudentielle et les possibles entraves à sa bonne réalisation.

En mettant au jour des professions à pratiques prudentielles, la thèse s'est aussi interrogée sur l'autonomie des professionnels dans l'exécution de leur travail ; autrement dit « sur la possibilité laissée aux membres de ces professions de conduire leur activité de façon effectivement prudentielle » (Champy, 2012, p. 190-191). Les menaces, entraves ou encore « sources de fragilité » (2012, p. 217) à la bonne conduite de la prudence, qui forment des épreuves pour la professionnalité des acteurs de terrain, sont par ailleurs des observatoires de l'état de santé de l'intervention médico-légale aujourd'hui (Brodwin, 2013), en tout cas dans le contexte de la psychiatre légale, voire de la psychiatrie *para-pénale,* au cœur de cette recherche. Le temps laissé à l'évaluation des patients et les demandes de standardisation du travail d'évaluation des patients mais aussi de l'évaluation de l'intervention jusqu'aux enjeux d'ordre humanitaire et institutionnel (vider les annexes psychiatriques de prisons, remplir les lits hospitaliers), en passant par l'interférence de la justice dans les décisions des sorties définitives des UPML, sont autant d'obstacles à l'exercice effectif de la prudence. Toutefois, quand ils sont en mesure de le faire, les professionnels résistent ; par exemple, en prenant tout de même le temps de procéder à l'évaluation clinique des patients malgré des pressions qui viennent « d'en haut » ou, dans certaines UPML.

Les développements de la thèse proposent néanmoins de dépasser la vision dichotomique entre prudence et les entraves qui lui sont souvent opposées en regardant de plus près ce que *font* les acteurs de cette incertitude. Les observations montrent une posture ambigüe dans le chef des professionnels face à l'imprévisibilité des situations. Souvent, les professionnels, acteurs pragmatiques, exécutent les différentes tâches qui cadrent leur travail, tentant de maintenir un certain niveau d'uniformisation, ce qui consiste « à éloigner l'inquiétude qui guette en ignorant les différences d'interprétation sur ce qui se passe et en fermant les yeux sur les écarts de conduite qui pourraient introduire des facteurs d'incertitude » (Boltanski, 2009, p. 165). Mais, à d'autres moments, les professionnels, acteurs réflexifs, questionnent et critiquent ce qu'ils sont en train de faire, prenant le risque de maintenir ou d'augmenter la part d'incertitude et d'inquiétude (Boltanski, 2009). En réalité, à l'UPML, malgré le contexte incertain, le travail suit son cours, se rangeant parfois derrière un certain formalisme. Tentant de mettre de la sûreté là où ils le peuvent, les professionnels s'engagent dans des formes de sécurisation du contexte, par exemple s'appuyant sur des outils d'évaluation psychométriques (unité A, chapitre 4) ou un outil confectionné par leur soin pour objectiver et formaliser le travail réalisé (unité B, chapitre 6) ; ce qui revient à se donner les moyens de croire qu'on a une prise sur ce qu'on ne peut, en fait, pas véritablement contrôler.

Dans le chapitre 4, à partir d'une réflexion sur les effets de la pratique d'évaluation psychométrique sur le travail prudentiel et telle qu'elle s'accomplit au sein des UPML au moment de l'enquête de terrain, j'ai mis en tension deux postures pragmatiques adoptées par les acteurs de terrain face au risque et à l'incertitude des situations, que Chateauraynaud appelle deux « modèles d'engendrement de prises sur le futur » (1998, p. 103) et qu'on oppose souvent en sociologie : une posture de prévision ou d'anticipation d'une part, qui tend à contrôler l'incertitude qui inquiète en la tenant à distance, et une posture de prudence, d'autre part, qui, à l'inverse, tente de faire de l'incertitude une partie intégrante de l'intervention. J'ai conclu que ces deux régimes, à la lumière des pratiques de l'internement, gagneraient à être pensés sur un continuum plutôt que de façon antinomique, et pourraient, en fait, être inféré à la pratique générale des terrains à l'étude : on observe ainsi une forme de prudentialisation de pratiques standardisées et fortement protocolaires ou de formalisation du traitement des situations au cas par cas.

Les terrains à l'étude sont des scènes sociales en constante mutation. La crise sanitaire liée à la pandémie du Covid19 ou, à un niveau plus microsocial, le déménagement des unités, annoncent

la réinvention de certaines pratiques qui tendent à se pérenniser. Il sera certainement intéressant de (re)passer les portes des (nouvelles) UPML et d'embarquer à nouveau dans la voiture de l'équipe mobile TSI dans quelques années afin d'analyser ces changements à la mesure de l'enquête ici réalisée. En attendant, à partir des analyses proposées, d'autres questions ont émergé, portant sur d'autres acteurs et d'autres scènes de l'internement ou de la psychiatrie. D'autres recherches doivent être menées. Je fais état, dans le second point, de quelques pistes pour la suite.

II. Prolonger la réflexion : d'autres acteurs, d'autres lieux, d'autres croisements

Après cinq années de recherche sur les pratiques professionnelles de l'internement, on aurait pu s'attendre à ce que soit données, à l'issue de la thèse, quelques indications sur la conduite *idéale* des terrains ethnographiques. Pour le dire autrement, après avoir mis au jour des pratiques d'évaluation, j'aurais pu procéder à l'évaluation de ces pratiques ; mais la démarche de départ souhaite s'abstenir de toutes considérations normatives et morales à l'égard des institutions et des personnes rencontrées pendant l'enquête. La part morale des interventions a été au cœur des développements de la thèse, éclairée par une sociologie de l'activité morale, sans pour autant tomber dans une perspective de sociologie morale, qui adresserait des reproches ou des recommandations aux acteurs de terrain. Pour rappel, l'idée n'était pas de porter un jugement ou de choisir un camp, ni encore de hiérarchiser les pratiques mais de comprendre celles-ci tout en les situant dans leur contexte social de production. Je m'en tiendrai, dès lors, à proposer quelques pistes scientifiques ouvrant la voie à d'autres recherches, afin d'augmenter les connaissances dans le domaine. Celles-ci concernent des acteurs de l'internement qui ne sont pas ou peu étudiés dans la présente thèse ni dans la littérature scientifique, ainsi que d'autres scènes empiriques pertinentes afin de prolonger, voire comparer, les analyses.

D'abord, les réflexions proposées dans la thèse insistent sur les enjeux liés à l'évaluation des personnes internées et montrent le poids donné aux évaluations antérieures, qui interviennent en début de parcours (chapitre 3). Elles invitent, dès lors, à interroger les pratiques d'évaluation qui se jouent en amont d'une décision d'internement, tant elles sont déterminantes pour le reste du TSI (1). Ensuite, à côté des équipes des UPML et des équipes mobiles TSI, principaux protagonistes de la thèse, d'autres acteurs de l'internement mériteraient qu'une recherche leur soit dédiée ; c'est le cas, par exemple, des patients internés libérés à l'essai, premiers concernés

par les pratiques à l'étude, ainsi que leurs proches (2). Puis, le dispositif d'enquête pourrait être reproduit au sein d'autres lieux d'internement, intervenant avant ou après la place intermédiaire occupée par les UPML, afin de mettre en lumière d'autres formes de prise en charge institutionnelles au régime sécuritaire différencié et d'étudier la façon dont se décline le travail d'autonomie et de préparation à la réinsertion dans ces lieux (3). Enfin, la thèse fait allusion aux points de jonction qui existent entre différentes équipes professionnelles issues de la psychiatrie générale et/ou de la psychiatrie légale (chapitre 1). Il serait pertinent d'approfondir ces chevauchements, qui mêlent différents champs d'intervention, afin de dépasser une vision cloisonnée de la prise en charge psychiatrique (4).

1. Analyser les processus décisionnels et d'expertise en amont

La situation d'internement et l'orientation du TSI sont rarement remises en question par les professionnels qui interviennent au moment de la libération à l'essai : une confiance aveugle, pour ainsi dire, est accordée aux expertises antérieures (chapitre 3). Ce constat pousse à revenir sur ces premières évaluations et premiers évaluateurs, tant ils scellent le sort des personnes internées à partir d'un diagnostic qui conduit à l'irresponsabilité pénale. Qui sont les experts psychiatres, comment évaluent-ils la dangerosité d'une personne, selon quelle modalité et quelle temporalité, et quelle place accordent-ils à l'autonomie de la personne ? Si une recherche qualitative antérieure a déjà pu amorcer la réflexion, notamment quant à la scission entre les fonctions d'expertise et de soins dans le chef des psychiatres des lieux d'internement *high security* et qui dépendent du ministère de la Justice (Cartuyvels, Wyvekens, Champetier, 2010), d'autres recherches sont nécessaires pour faire la lumière sur les pratiques d'expertises telles qu'elles se font actuellement.

On l'a vu, étant donné que la psychométrie et ses outils d'évaluation ont fait leur entrée dans les UPML (chapitre 4), jusqu'où et de quelle manière ceux-ci sont-ils mobilisés lorsqu'il s'agit de statuer sur une décision d'internement ? Les travaux de Caroline Protais sur les discours psychiatriques en France (1950-2009) sont inspirants à cet égard. Sa thèse (2011), mêlant des analyses des dossiers d'expertises et des revues psychiatriques, ainsi que des discours des experts recueillis au moyen d'entretiens, met en évidence la tendance croissante à la responsabilisation des personnes atteintes de trouble mentaux ; ce qui pourrait expliquer, à côté d'autres facteurs, la diminution des décisions d'irresponsabilité pénale, observée en France depuis les années 1980 (Protais, 2015). Où en est-on en Belgique ? Quel discours d'expert prédomine ? Le travail d'une forme d'autonomie morale est-il déjà engagé au moment de

l'expertise psychiatrique, avant même qu'une décision d'internement ne soit prononcée ? Une étude comparative franco-belge pourrait d'ailleurs éclairer les mutations sociales en lien avec ce phénomène de responsabilisation des irresponsables car si les deux pays sont géographiquement très proches, les influences intellectuelles en la matière diffèrent et ne sont pas toujours réceptionnées de la même façon : la Belgique, plus que la France (Gautron, 2023), est de plus en plus marquée par la culture anglo-saxonne, importée en partie par le nord du pays (chapitre 2), qui prêche pour une évaluation des risques au moyen d'indicateurs et de chiffres (en ce compris, les échelles psychométriques ; chapitre 4). Jusqu'où les logiques et les outils d'évaluation influencent-ils le résultat de celle-ci ? Quelle incidence a le parcours d'internement, tel qu'il se conçoit aujourd'hui (un passage par plusieurs institutions, notamment de type carcéral, étalé sur de nombreuses années), sur l'expertise psychiatrique et, en revers, au vu de la montée des modèles d'expertises standardisées, quel est l'impact de ces derniers sur la construction du TSI ?

2. Saisir l'expérience des patients internés et celle de leurs proches

La thèse s'est penchée sur les pratiques des équipes de soins qui prennent en charge les personnes internées. Elle gagnerait à être enrichie par une ou plusieurs recherche(s) qui mettrai(en)t en lumière l'expérience que ces personnes – les patients internés – font de l'internement et de la libération à l'essai, ainsi que les manières dont ils réceptionnent les évaluations et les interventions réalisées à leur égard.

L'immersion en UPML a tout de même permis d'échanger spontanément avec les patients internés qui le souhaitaient. Ces bribes de conversation, dispersées dans la thèse, laissent à penser que la libération à l'essai dans un cadre hospitalier n'est pas forcément préférée à un séjour en prison. Comment les attentes en termes d'autonomie mises au jour dans la thèse sont-elles perçues et vécues par les premiers concernés ? La demande d'autonomie et de responsabilisation, concrétisée par la participation active aux activités prévues, contrarie certains patients, jusqu'à parfois les épuiser. Quelles stratégies les patients mettent-ils en place afin de s'approprier ces attentes ou, au contraire, les contourner ? Comment se fabrique leur subjectivité à travers un parcours de soins qui les incite à intégrer différentes structures de prise en charge ? L'arrivée au sein des UPML traduit pour beaucoup de patients un changement de statut (celui de « détenu » à celui de « patient psychiatrique »), qui s'accompagne de « nouveaux » droits sociaux (par exemple, l'accès à la mutuelle ou la possibilité de faire une demande pour des allocations liées à une situation de handicap). Comment ces changements

sont-ils perçus ? Tel un stigmate à dissimuler ou, plutôt, comme une possibilité de revendiquer d'autres droits ?

Une enquête ethnographique au long cours, combinant observations et entretiens compréhensifs, serait pertinente afin de se placer au plus près de leur expérience personnelle et de mieux saisir leur trajectoire individuelle. Une approche par le « récit de vie » (Bertaux, 2016) pourrait également être envisagée, en prenant bien soin de situer ces histoires dans le contexte macrosocial qui les porte. Néanmoins, la longueur du parcours d'internement, qui s'étale souvent sur plusieurs années, rend la démarche extrêmement difficile à l'échelle d'une recherche ; une option possible serait d'interroger des personnes internées en « fin » de TSI pour retracer rétrospectivement leur vécu.

En parallèle, il serait également judicieux d'interroger la place des proches, en ce compris la famille, au sens large, des personnes internées, grande absente de la littérature francophone. Comment les membres de la famille d'une personne internée vivent-ils l'internement d'un de leurs proches ? Dans quelle mesure trouvent-ils une place dans l'évolution du TSI, qui se traduit parfois par l'arrivée à domicile de la personne internée afin d'y poursuivre tout ou une partie de sa libération à l'essai ? Dans le sillage de l'étude menée en Flandre par des psychologues, des criminologues et des juristes, qui ont récolté au moyen d'entretiens différents pans de l'expérience des personnes internées et leur famille (Wittouck, Vander Laenen, Vandevelde *et al.*, 2020 ; Aga, Audenaert, Rowaert *et al*., 2019), une recherche pourrait mettre en lumière l'expérience familiale de l'internement.

3. Ethnographier d'autres lieux d'internement

La thèse s'est concentrée sur la libération à l'essai, qui forme à la fois le cœur (les UPML) et un des objectifs principaux (les équipes mobiles TSI) du trajet de soins des personnes internées. D'autres terrains, qui interviennent en amont ou en aval du parcours d'internement, gagneraient à être examinés au moyen d'une enquête du même type afin de rendre compte des pratiques d'évaluation et d'intervention. Par exemple, au sein des lieux d'internement *high security* (HPS, EDS, CPL, *etc*.) car, on l'a vu, ceux-ci jouent un rôle primordial dans l'évaluation secondaire qui intervient au moment de statuer sur la candidature d'un patient pour un séjour en UPML (voir *supra ;* chapitre 3). L'analyse des pratiques des équipes qui suivent celles des UPML, au sein de lieux *low security*, par exemple en MSP ou en IHP, serait également judicieuse afin de voir comment s'opérationnalisent les attentes en termes d'autonomie et, en particulier,

comment y est travaillée l'autonomie-responsabilité dès lors que la question de la réinsertion sociale du patient se pose de façon plus saillante encore qu'au stade des UPML.

4. Croiser d'autres scènes de la santé mentale et de la psychiatrie légale

Les équipes mobiles TSI forment le terrain mineur de la thèse qui, au fil des chapitres, a permis de faire ressortir certains aspects propres à la pratique des UPML, terrain majeur (par exemple, celles relatives à l'usage de la contrainte ; chapitre 5). Chacun de ces deux « types » de terrain pourrait être mis en miroir avec d'autre terrains semblables, ce qui apporterait d'autres contrastes utiles pour compléter l'analyse et la compréhension de la prise en charge des patients internés. À ce stade, deux autres scènes empiriques apparaissent évidentes : d'un côté, les mesures dites de « mise en observation », qui couvrent le volet « civil » de la privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental et, de l'autre, le travail des « équipes mobiles 107 » qui interviennent auprès des personnes libérées définitivement de l'internement.

Le premier cas évoqué fait suite à des constats alarmants quant au nombre croissant d'hospitalisations sous contrainte en Belgique, notamment depuis la crise liée au Covid19[178]. Ce type de prise en charge (la « mise en observation » ; MEO) est, depuis plus de trente ans, encadré par la loi civile du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (chapitre 1). Cette loi a été modifiée le 16 mai 2024 dans un souci de réduire le nombre de mesure dites « protectrices »[179]. Les changements opérés introduisent néanmoins une nouvelle mesure de « traitement volontaire sous conditions » ; ce qui, selon certains acteurs de terrain, dont des psychiatres, risquerait d'engendrer l'effet inverse en augmentant considérablement le nombre de personnes privées de liberté en raison d'un trouble mental. L'avenir de cette mesure et ses implications concrètes sont encore incertains. Il serait intéressant d'investiguer les processus décisionnels qui ont lieu en amont d'une décision de MEO, au même titre que les décisions d'internement « pénal ». L'hypothèse formulée par des acteurs du champ consiste à se demander dans quelle mesure une personne qui présente des troubles mentaux et un danger pour elle-même et pour autrui est aiguillée dans une filière plutôt qu'une autre (civile

[178] Dans un rapport écrit par le DGGS Soins de santé - Service Data et Information stratégique (SPF Santé Publique), il est mis en avant que « sur la période de 2013 à 2022, ce type d'hospitalisation [sous contrainte ; MEO] a représenté 85,9% de tous les séjours dus à une obligation légale. Le nombre de mises en observation a augmenté de 43,1% entre 2013 et 2022 » (p. 3). Néanmoins, le même rapport souligne que « la durée moyenne des mises en observation a diminué au cours de la période 2013-2022 » (p. 10).

[179] Voy. la loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux, *M. B.*, 27 mai 2024. Cette loi est censée entrée en vigueur au 1er janvier 2025 (chapitre 1).

ou pénale) (Rapport Unia, 2023, p. 17)[180]. Quels sont les critères à l'œuvre ? En outre, dans le cadre d'une admission forcée à l'hôpital (MEO), il serait pertinent d'analyser les pratiques professionnelles afin de voir comment se déroule, dans un contexte de crise, la préparation à la sortie ? Un travail d'autonomie a-t-il lieu ? Si oui, comment et de quelle autonomie s'agit-il ?

Le second cas prévoit de faire passer la pratique ambulatoire, relativement neuve dans l'internement, au premier plan d'une recherche qui questionnerait, par exemple, les attentes institutionnelles liées au travail des équipes mobiles TSI : que permettent-elles comme changement effectif dans le traitement des personnes internées ? On a vu que leur mission était double : d'une part, accompagner la personne dans son TSI vers la libération à l'essai puis la libération définitive et, d'autre part, épauler les institutions plus « classiques » de l'internement, ce qui revient parfois à « faire le taxi ». Ces équipes ne remplacent pas les structures existantes mais les complètent ; on peut alors se demander dans quelle mesure elles participent à l'élargissement du « filet santé mentale » à l'instar des mesures alternatives à la peine de prison, comme la surveillance électronique ou la probation (de Larminat, 2014) ? De plus, en fin de parcours d'internement, une fois la personne libérée définitivement, une « passation » s'opère vers les équipes mobiles 107, traduisant le passage du pénal au secteur de la santé mentale (chapitre 2). Toutefois, les entretiens et les observations suggèrent que parfois la communication entre les deux équipes n'est pas optimale, ce qui peut entrainer des rechutes infractionnelles ou thérapeutiques. Que font les équipes mobiles dites générales de la dimension pénale anciennement attachée à la patientèle (ex-)internée, est-elle prise en compte dans l'intervention ou, au contraire, est-elle complètement occultée, entrainant véritablement un processus de « désinternement » ? Ces questionnements invitent à réfléchir plus en profondeur aux situations de « l'après internement », lorsque la personne est libérée définitivement des conditions de justice et (re)devient « seulement » une personne nécessitant des soins de santé mentale : sort-on définitivement de l'internement ?

[180] Voy. Unia (2023). *Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ?*, Rapport sur l'internement disponible ici : https://www.unia.be/fr/connaissances-recommandations/rapport-internement-2023

ANNEXES

Annexe 1. Tableau récapitulatif du matériau empirique

Terrains	Périodes	Matériaux	Données chiffrées
Entretiens exploratoires avec des professionnels de l'internement pour délimiter l'objet de recherche	octobre 2019 – mars 2020	Entretiens individuels portant sur leur travail et la mesure d'internement (annexe 2)	**10 entretiens**
Ethnographie #1 : Observation à l'antenne d'équipe mobile TSI : Remarque : trajet en train conséquent (3h aller-retour)	janvier 2020 – aout 2020 Août 2020 – janvier 2021	Négociation de l'entrée sur le terrain et des modalités de terrain Observation de leurs réunions d'équipe hebdomadaires ; observations de leurs interventions Échanges « informels », participation au petit déjeuner, lunch, trajet en voiture…	13 réunions d'équipe (environ 27 heures) Retranscriptions et carnet de notes 5 interventions prévues pour observation – seulement deux possibles (3h) **Environ 30h**
Entretiens avec les membres de l'antenne d'équipe mobile TSI	février-mars 2021	Entretiens semi-directifs (grille d'entretien assez ouverte adaptée en fonction de chaque professionnel ; annexe 2)	**X[181] entretiens**
Entretiens avec des professionnels de l'internement	octobre 2020 – février 2021	Entretiens semi-directifs (grille d'entretien assez ouverte adaptée en fonction de chaque professionnel ; annexe 2)	**13 entretiens** (dont 12 sur ZOOM)

[181] Afin de respecter la confidentialité de l'antenne d'équipe mobile TSI que j'ai suivie sur le terrain, je ne révèle pas la composition exacte de l'équipe.

Ethnographie #2 immersion « stagiaire de recherche » dans une UPML (unité A)	novembre 2019 – mars 2021 mars 2021 – décembre 2021	Négociation de l'entrée sur le terrain et des modalités de terrain Observation des réunions d'équipes (réunions cliniques hebdomadaires, remises de service des soignants, réunions organisationnelles, *etc*.) ; observation de la vie quotidienne de l'unité ; participation aux activités ; échanges informels avec les patients et l'équipe ; entretiens avec les professionnels	Environ 1 à 2 jour(s) par semaine **Environ 150 heures** 44 jours (environ 3-4h d'observation par jour) **8 entretiens**
Ethnographie #3 immersion « stagiaire de recherche » dans une autre UPML (unité B) Remarque : trajet en train conséquent (3h aller-retour)	septembre 2021 – mai 2021 mai 2021 – mars 2022	Négociation de l'entrée sur le terrain et des modalités de terrain Observation des réunions d'équipes (réunions cliniques hebdomadaires, remises de service des soignants, réunions organisationnelles, *etc*.) ; observation de la vie quotidienne de l'unité ; participation aux activités, lunch avec l'équipe professionnelle, échanges informels avec les patients et l'équipe et entretiens avec les professionnels	Environ 1 jour par semaine **Environ 85 heures** 22 jours (environ 4h d'observation par jour) **8 entretiens**

TOTAL :

<u>Août 2020 – Mars 2022</u> :
Suivi d'une antenne d'équipe mobile TSI : environ 30 heures d'observation
Deux immersions au sein de deux UPML (unité A et unité B) : environ 235 heures d'observation

	Entretiens (octobre 2019 – mars 2020)	**Entretiens (octobre 2020 – février 2021)**	**Unité A**	**Unité B**
Assistant-es de justice		4		
Avocat-e pénaliste	1			
Magistrat-e CPS		1		
Chercheur-e anthropologue	1			
Chercheur-e sociologue	1			
Experts-psychiatres	1	1		
Coordinatrice-eurs TSI (Santé)		3		
Coordinatrice-eurs CSEI (Justice)		3		
Membre du service de la coordination fédérale de la réforme 107		1		
Psychiatres UPML	1		2	
Psychologues UPML	1		2	2
Psychiatre Libéral	1			
Coordinateurs-rices équipes mobiles TSI	2			
Infirmiers/infirmières				3
Criminologues UPML	1		2	2
Assistant-e social-e				1
Kinésithérapeute			1	
Ergothérapeute			1	

Au total, tous terrains confondus : **39 entretiens** (sans l'équipe mobile TSI)

Annexe 2. Liste de questions pour cadrer les entretiens

I. Données sociobiographiques

- Prénom, nom
- Formation(s)
- Précédente expérience professionnelle
- Fonction au sein de l'équipe
- Modalité du travail (temps-plein, temps partiel…)

II. Questions liées aux pratiques professionnelles

- Pourquoi avoir choisi un travail en psychiatrie médico-légale ; dans l'internement ?
- En quoi consiste votre travail à (nom de l'unité/équipe mobile) ? Quelles sont vos « missions » principales ?
- À quoi ressemble une journée/semaine type ?
- Quel est votre avis sur le caractère pluridisciplinaire de l'équipe ?
- Combien de patients sont pris en charge dans votre institution/équipe ?
- De combien de patients êtes-vous le-la référent-e ? Et que signifie « être référent » d'un patient ?
- Comment vous répartissez-vous les patients ?
- Comment se déroule et à quoi sert une « supervision »/« intervision » ? Et quel sens y donnez-vous ?
- Dans la pratique, de quelle façon et à quelle fréquence interagissez-vous avec les autres acteurs de l'internement ? De la santé mentale en général ? De la justice ? Du handicap ? *Etc*.
- Dans la pratique, de quelle façon et à quelle fréquence interagissez-vous/travaillez-vous avec les (autres) équipes mobiles TSI ? Et avec les autres UPML ?
- Parmi les patients dont vous êtes le/la référent-e, quelle est la personne qui vous a le plus marqué, ou vous marque le plus ? Et pourquoi ?
- Qu'est-ce qui, pour vous, correspond à un « trajet de soin réussi » ? Ou, dans le cas contraire, à un trajet de soin qui aurait « échoué » ? Quel est, selon vous, le parcours d'internement « idéal » ?
- Sur la base de quels critères évaluez-vous un « bon » projet de sortie ?
- Comment évaluez-vous la dangerosité d'un patient ?
- Comment gérez-vous la « problématique » des consommations de substances illicites (drogue, alcool) ?
- En quoi consiste la médication de base pour un patient en LE ? Comment se déroulent les injections (mensuelles) ?
- Comment la crise sanitaire actuelle a-t-elle impacté votre travail ? Et selon vous, comment la crise sanitaire actuelle a-t-elle impacté les parcours d'internement des patients et notamment, la libération à l'essai ?
- *Etc.*

Annexe 3. HCR-20 (historique) complétée pour Monsieur Z.

HCR-20 V3 Patient: ..... Cotateur: [redacted] Date: 28/10/2021

Historique		Non	Partiel.	Présent
H1	Violence	☐	☒	☐
	a. En tant qu'enfant (<12 ans)	☒	☐	☐
	b. En tant qu'adolescent (13-17 ans)	☒	☐	☐
	c. En tant qu'adulte	☐	☒	☐
H2	Autres Comportements Antisociaux	☒	☐	☐
	a. En tant qu'enfant (<12 ans)	☒	☐	☐
	b. En tant qu'adolescent (13-17 ans)	☒	☐	☐
	c. En tant qu'adulte	☒	☐	☐
H3	Relations	☐	☒	☐
	a. Intimes	☐	☒	☐
	b. Non-intimes	☐	☒	☐
H4	Emploi	☐	☒	☐
H5	Abus de substances	☒	☐	☐
H6	Maladie Mentale Majeur	☐	☐	☒
	a. Troubles Psychotiques	☐	☐	☒
	b. Troubles Majeur de L'Humeur	☒	☐	☐
	c. Autres Maladies Mentales:	☒	☐	☐
H7	Trouble de la Personnalité	☒	☐	☐
	a. Antisociale, Psychopathique, et Dissociale	☒	☐	☐
	b. Other	☒	☐	☐
H8	Expériences Traumatiques	☐	☒	☐
	a. Victimisation/Trauma	☒	☐	☐
	b. Expériences aversives durant le developpement	☐	☒	☐
H9	Attitudes violentes	☒	☐	☐
H10	Réponse au Traitement ou à la Supervision	☒	☐	☐
OC-H	Autres considération:	☐	☐	☐

Annexe 4. HCR-20 (clinique et risque) complétée pour Monsieur Z.

HCR-20 V3 Patient: ..... Cotateur: [redacted] Date: 28/10/2021.

Items cliniques		Non	Partiel.	Présent
C1	Insight	☐	☒	☐
	a. Maladie mentale	☐	☒	☐
	b. Risque de violence	☐	☒	☐
	c. Besoin de traitement	☒	☐	☐
C2	Idéation ou Intentions Violentes	☒	☐	☐
C3	Symptômes d'une Maladie Mentale Majeur	☒	☐	☐
	a. Troubles psychotiques	☒	☐	☐
	b. Troubles de l'humeur	☒	☐	☐
	c. Autres Maladies Mentales Majeures	☒	☐	☐
C4	Instabilité	☒	☐	☐
	a. Affective	☒	☐	☐
	b. Comportementale	☒	☐	☐
	c. Cognitive	☒	☐	☐
C5	Réponse au Traitement ou à la Supervision	☒	☐	☐
	a. Compliance	☒	☐	☐
	b. Response	☒	☐	☐
OC-C	Other considerations	☐	☐	☐

Risk IN (UPML[redacted]		Non	Partiel.	Présent
R1	Aides et plans profesionnels	☒	☐	☐
R2	Situation de vie	☐	☒	☐
R3	Support Personnelle	☒	☐	☐
R4	Réponse au Traitement ou à la Supervision	☒	☐	☐
	a. Compliance	☒	☐	☐
	b. Response	☒	☐	☐
R5	Stress ou Coping	☐	☒	☐
OC-R	Other considerations	☐	☐	☐

Risk OUT

☐ OUT = Levée mesure, contrainte, ...
☒ OUT = THP.

		Non	Partiel.	Présent
R1	Aides et plans profesionnels	☒	☐	☐
R2	Situation de vie	☐	☒	☐
R3	Support Personnelle	☒	☐	☐
R4	Réponse au Traitement ou à la Supervision	☒	☐	☐
	a. Compliance	☒	☐	☐
	b. Response	☒	☐	☐
R5	Stress ou Coping	☐	☒	☐
OC-R	Other considerations	☐	☐	☐

Annexe 5. SAPROF (protection) complétée pour Monsieur Z.

SAPROF

Nom: ..... Date : 28/10/21

Out : ..... Cotateur: [redacted]

Facteurs internes		
1. Intelligence	1	
2. Attachement sécure dans l'enfance	2	
3. Empathie	1	
4. Habiletés d'adaptation	2	
5. Maîtrise de soi	1	
Facteurs liés à la motivation	IN (UPML)	OUT
6. Travail	0	1
7. Activités de loisir	2	2
8. Gestion des finances		
9. Motivation au traitement	2	2
10. Attitude envers l'autorité	2	2
11. Objectifs de vie	2	2
12. Médication	2	2
Facteurs externes		
13. Réseau social	1	1
14. Relation intime	1	1
15. Soins professionnels	2	1
16. Conditions de vie	2	1
17. Contrôle externe	2	1

BIBLIOGRAPHIE

Sources scientifiques

Aristote (traduction par J. Tricot) (1959). *Éthique à Nicomaque*, Les Échos du Maquis.

Aubenque, P. (1963). *La prudence chez Aristote*. Presses universitaires de France.

Aga, N., Audenaert, K., Nollet, L., Rowaert, S., Schipaanboord, E., Vander Beken, T., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., Van Roeyen, S. et Wittouck, C. (2019). *Sterke verhalen: Internering anders belicht*. Gompel&Svacina.

Alexander, C., Gutwirth S. (1997). Pendelbeweging of scijnbewegingen? De dwangopname van geesteszieken in evolutief perspectief. Dans C. Alexander et S. Gutwirth (Eds.), *Te gek voor recht? De geesteszieke tussen recht en psychiatrie* (pp. 37-87). Mys & Breesch.

Azevedo, M. (2022). *Domestiquer le handicap psychique ? Pratiques et expériences de l'accompagnement dans le logement en santé mentale* (thèse de doctorat en sociologie). EHESS.

Barraud, B. (2019). Algorithmes et décisions de justice. Dans G. Rouet (Ed.), *Algorithmes et décisions publiques.* CNRS Éditions. doi :10.4000/books.editionscnrs.46182

Barrett, R. (traduction par F. Bouillot) (1998). *La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie.* Institut Synthélabo pour les progrès de la connaissance.

Basaglia, F. (traduit de l'italien par Louis Bonalumi) (1970). *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Seuil, Coll. Combats.

Becker, H. (traduit de l'américain par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie) (2020 [1963]). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. *Nouvelle édition revue et augmentée*. Éditions Métailié.

Béliard, A.-S., Brossard, B. (2012). Internet et la méthode ethnographique : l'utilisation des messageries instantanées dans le cadre d'une enquête de terrain. *Genèses*, 88(3), 114-131. https://doi.org/10.3917/gen.088.0114

Bernardi, A. (2010). Renaissance et mutations de la défense sociale en Italie. *Déviance et Société*, *34*, 547-569. https://doi.org/10.3917/ds.344.0547

Benoît, G., Brandon, I., Gillardin, J. (Eds.). (1994). *Malades mentaux et incapables majeurs*. Presses universitaires Saint–Louis Bruxelles.

Brodiez–Dolino, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. *La Vie des idées*, *11*, (en ligne).

Boltanski, L. (2009). L'inquiétude sur ce qui est. Pratique, confirmation et critique comme modalités du traitement social de l'incertitude. *Cahiers d'anthropologie sociale, N° 5*(1), 163-179. https://doi.org/10.3917/cas.005.0163.

Boltanski, L., Thévenot, L. (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Gallimard.

Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics: Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.

Cartuyvels, Y. (2007). La criminologie et ses objets paradoxaux : retour sur un débat plus actuel que jamais ? *Déviance et Société, 31*(4), 445-464. https://doi.org/10.3917/ds.314.0445.

Cartuyvels, Y. (2007). Action publique et subjectivité dans le champ pénal : une autre conception du sujet de droit pénal ?. Dans F. Cantelli et J.L. Genard (dir.), *Action publique et subjectivité,* (pp. 87-101), L.G.D.C., Paris.

Cartuyvels, Y., Champetier, B. et Wyvekens, A. (2010). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique. *Déviance et Société, 34*(4), 615-645. https://doi.org/10.3917/ds.344.0615.

Cartuyvels, Y., Champetier, B. et Wyvekens, A. (2010). *Soigner ou punir. Un regard critique sur la défense sociale en Belgique.* Presses universitaires Saint–Louis Bruxelles.

Cartuyvels, Y. (2012). Juges et psychiatres, je t'aime moi non plus… *Mental'Idées*, *17*, 13-15. http://hdl.handle.net/2078.3/147015

Cartuyvels, Y. et Cliquennois, G. (2015). La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique : le soin comme légitimation d'un dispositif de contrôle ? *Champ pénal/Penal field, 12*, (en ligne). https://doi.org/10.4000/champpenal.9204

Cartuyvels, Y. (2015). Transformations dans la santé mentale : entre la science et le sujet. *Criminologie, 48*(1), 15-35. https://doi.org/10.7202/1029346ar

Cartuyvels, Y. (2017). L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité. *L'information psychiatrique, 93*(2), 93-101. https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1592.

Cartuyvels, Y. (2018). L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre… *Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique, 176*(4), 395-403. https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.011

Cartuyvels, Y., Slingeneyer, T. (2019). Justice pénale et logique algorithmique : les enjeux de la justice actuarielle. Dans A. Bailleux et M. Messiaen (Eds.), *Le droit, marchandise ou bien commun ? Luttes, pratiques et stratégies juridiques* (pp. 51-74). Anthémis.

Cartuyvels, Y. (2022). La privation de liberté des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH. *Archives de politique criminelle, 44*(1), 87-103. https://doi.org/10.3917/apc.044.0087.

Cartuyvels, Y., De Spiegeleir, S. (2022). La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques, 88*(1), 75-102. https://doi.org/10.3917/riej.088.0075.

Cartuyvels, Y., De Brouwer, A. et Nederlandt, O. (2025, *à paraitre*). L'institutionnalisation des personnes internées en Belgique : état des lieux. Dans Y. Cartuyvels, V. Aucouturier, L. Bertrand, M. Boldrini, S. De Spiegeleir, A. Franssen, B. Gomes, Nicolas Hanquet, N. Rimbourg, L. Triaille, Y. Vanderborght (dir.), *L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

Cassiers, L. (2002). Cinquante Années de Psychiatrie à l'UCL. Dans J.–J. Haxhe, *Cinquante Années de Médecine à l'UCL 1950–2000* (Recueil de mémoires coordonné par Jean–Jacques Haxhe, pp. 410-416). Édition Racine.

Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Éditions de Minuit.

Cefaï, D. (2013). Qu'est- ce que l'ethnographie ?. *Débats contemporains*.

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

Champy, F. et Déplaude, M. O. (2015). Comment parler des professions ? Sagesse pratique, vulnérabilités et protections professionnelles. *La vie des idées, 30,* 1–9. https://hal.science/hal–01179186/document

Champy, F. (2017). Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France. *Recherches qualitatives, 36*(2), 153-172. https://doi.org/10.7202/1084442ar

Champy, F. (2020). Les collectifs de travail et les règles au prisme de la prudence. *Revue de la petite enfance, 131*, 17-26. https://revuepetiteenfance.ch/les–collectifs–de–travail–et–les–regles–au–prisme–de–la–prudence/

Champy, F. (2021). L'impératif de prudence face aux urgences de l'anthropocène : le cas du dérèglement climatique. Dans J. Rebotier (dir.), *Les risques et l'anthropocène : Regards alternatifs sur l'urgence environnementale* (pp. 223-243). Iste Éditions. https://doi:10.51926/ISTE.9041.ch9

Chassagne, A. et Godard–Marceau A. (2016). Quelle place pour les anthropologues dans la recherche clinique ? Dans C. Desprès, S. Gottot, H. Mellerio et M. Teixeira (Eds.), *Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques* (pp. 37-48). Archives contemporaines.

Chassagne, A. (2017). *La peine et le soin : une enquête sur l'espace et le temps des malades en prison* (thèse de doctorat en sociologie). Université de Bourgogne Franche–Comté.

Chateauraynaud, F. (1998). La sociologie pragmatique à l'épreuve des risques. Exercice de crise sur le dossier nucléaire. *Politix, 44*(4), 76-108. https://doi.org/10.3406/polix.1998.1762.

Chaumont, J.-M. (2020). Jean–Louis Genard, Marta Roca i Escoda. *Éthique de la recherche en sociologie, Recherches sociologiques et anthropologiques, 51-2*, 183-188. https://doi.org/10.4000/rsa.4509

Collectif Contrast (2015). La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Déviance et Société, 39*, 429-453. https://doi.org/10.3917/ds.394.0429.

Collectif Métis (2019). *Patience, prudence et petits pas. A la recherche du sens du travail social et médico–social*. La Métropole de Lyon.

Cooper, D. (1978). *Psychiatrie et anti–psychiatrie*. Éditions du Seuil.

Coulmont, B. (2017). Le petit peuple des sociologues Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française. *Genèses, 107*(2), 153-175. https://doi.org/10.3917/gen.107.0153.

Coutant, I. (2012). *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*. La Dispute.

Darcis, C. et Thunus, S. (2020). What do coordinators do? Mental health policy implementation as translation. *Administrative Sciences, 10*(9), 1-15. https://doi.org/10.3390/admsci10010009

Daems, T. (2014), « Ceci N'est Pas Une Fouille À Corps » : The Denial of Strip Searches in Belgian Prisons. Dans M. Deflem, *Punishment and Incarceration: A Global Perspective* (Sociology of Crime, Law and Deviance, Vol. 19, pp. 75-94). Emerald Group Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S1521–613620140000019003

Darmon, M. (2005) . Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. *Genèses, 58*(1), 98-112. https://doi.org/10.3917/gen.058.0098.

Clercq, M. et Hoyois, P. (1994). La nouvelle loi du 26 juin 1990. Des mesures de collocations aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application. Dans G. Benoît, I. Brandon, et J. Gillardin (Eds.), *Malades mentaux et incapables majeurs*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. https://doi.org/10.4000/books.pusl.13049

De Coninck, F., Cartuyvels, Y., Franssen, A., Kaminski, D., Mary, P., Réa, A. et Van Campenhoudt, L. (2005). *Aux frontières de la justice, aux marges de la société. Une analyse en groupes d'acteurs et de chercheurs*. Academia Press.

Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in health care, 25*(3), 11-24. https://doi:10.1300/J010v25n03_02.

de Larminat, X. (2014). Un continuum pénal hybride. *Champ pénal/Penal field, 11,* (en ligne). https://doi.org/10.4000/champpenal.8965

Delchambre, J.-P. (2009). Trois clés pour la socio–anthropologie du jeu. *Recherches sociologiques et anthropologiques, 40*(1), 1-14. https://doi.org/10.4000/rsa.287

De L'Estoile, B. (2015). Observer en réunion. *Genèses, 98*(1), 3-6. https://doi.org/10.3917/gen.098.0003.

Delmar, C., (2012). The Excesses of Care: a Matter of Understanding the Asymmetry of Power. *Nursing Philosophy*, *13*(4), 236-243.

Demailly, L. (2017). L'idée de rétablissement–recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome, 65-66*(3), 6-7. https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0006.

De Page, L., Mercenier, S. et Titeca, P. (2019). La gravité des faits comme condition à l'internement. *Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique, 177*(5), 404-407. https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.013

De Page, L. et Goethals, K. (2019). Le diagnostic des internés : y a–t–il des différences de part et d'autre de la frontière linguistique ? *Acta psychiatrica Belgica, Bruxelles, 1970, currens, 118*(3), 3-7.

De Page, L., et Titeca, P. (2021). Ten Years of Operation of a Small Belgian Medium–Security Unit-How Are We Doing? *International Journal of Forensic Mental Health*, *20*(4), 364-373. https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1887409

De Page, L., Boulanger, M., de Villers, B., Dugauquier, A., Pham, T. H., Saloppé, X. et Thiry, B. (2018). Perspectives on triage of mentally disordered offenders in Belgium. *Acta Psychiatrica Belgica*, *118*(1), 25-30.

Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier: un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses*, *78*(1), 105-120. https://doi.org/10.3917/gen.078.0105

Derouaux, E., Nederlandt, O. et Servais, A. (2022). Les situations complexes dans l'exécution de la mesure d'internement. Dans A. Jonckheere, E. Maes, (eds). *Calcul, exécution et cumul des peines* (pp. 165-199), Gompel & Svacina.

De Spiegeleir, S. (2022). L'internement à l'épreuve de l'ambulatoire en Belgique : le cas des équipes mobiles Trajet de Soin Internés (TSI). *Archives de Politique criminelle,* 2022, 44, 199-213. https://doi.org/10.3917/apc.044.0199.

De Spiegeleir, S. (2023), « On est dans une position de contrôleurs malgré nous » : enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone. *Revue du CREMIS, 14*(1), 32-38. https://cremis.ca/publications/articles–et–medias/on–est–dans–une–position–de–controleurs–malgre–nous/

Devlieger, P.J. (2005). Generating a cultural model of disability. *19th Congress of the European Federation of Associations of Teachers of the Deaf (FEAPDA),* 14-16.

Devresse, M. (2012). Investissement actif de la sanction et extension de la responsabilité: Le cas des peines s'exerçant en milieu ouvert. *Déviance et Société, 36,* 311-323. https://doi.org/10.3917/ds.363.0311.

D'Hoest, E. (2013). De rechterlijke controle in de wet op de bescherming van de persoon geesteszieke en de impact van artikel 107 Ziekenhuiswet. *Journal des juges de paix/Tijdschrift van de Vrederechters, 7-8,* 364-367.

d'Hoop, A. (2023). *The Slightest Attachment: When Psychiatric Spaces Enact Affinities* (1ère edition). Transcript Verlag: Bielefeld.

d'Hoop, A. (2021). The Moral Life of Doors in an Open Psychiatric Center. *Medical Anthropology, 41*(1), 67-80. https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1992404

Dubois, V. (2009). Le paradoxe du contrôleur: Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux. *Actes de la recherche en sciences sociales, 178*(3), 28-49. https://doi.org/10.3917/arss.178.0028

Dumont A., Baguette S. (1977). Quelques réflexions après 13 ans d'application de la nouvelle loi de défense sociale, loi du 1er juillet 1964, réformant la loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux, *Revue de droit pénal et de criminologie, 9,* 701-746.

Durand, C. (2019). *Les reconfigurations de la relation carcérale : sociologie des espaces de communication entre prisonnier·e·s et autorités pénitentiaires* (thèse de doctorat en sociologie). EHESS.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Odile Jacob.

Ehrenberg, A. (2020). L'idéal du potentiel caché. Le rétablissement, le rite et la socialisation du mal. *Anthropologie & Santé*, *20*,(en ligne). https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6059

Eyraud, B. (2013). *Protéger et rendre capable*. Erès.

Eyraud, B. et Velpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique, 149*(1), 207–222. https://doi.org/10.3917/rfap.149.0207.

Fassin, D. et Bensa, A. (2008). *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques.* Lectures, Les livres.

Fédération services de santé mentale bruxellois francophones, (2012). Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale, *Mental'idées*, Ligue bruxelloise pour la santé mentale, 88-92.

Feeley, M.M. et Simon, J. (1992). The new penology: Notes on the emerging strategy of corrections and its implications. *Criminology*, *30*(4), 449-474. https://doi.org/10.1111/j.1745–9125.1992.tb01112.x

Ferri, E. (1881). *Sociologica Criminale*. Utet.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge Classique*. Gallimard.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*. Gallimard.

Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974–1975.* Gallimard.

Foucault, M. (1981). L'évolution de la notion d' « individu dangereux » dans la psychiatrie légale. *Déviance et société*, *5*(4), 403-422. https://www.persee.fr/doc/ds_0378–7931_1981_num_5_4_1098

Foucault, M., Brion, F. et Harcourt, B.E. (2012). *Mal faire, dire vrai : Fonction de l'aveu en justice–cours de Louvain, 1981*. Presses universitaires de Louvain.

Fourez, M.-T. (2004). Le malade mental, sujet de droit en protection de la personne et en internement. Dans I. Brandon et Y. Cartuyvels (dir.), *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?* (coll. Loi et Société). La Charte.

Gagné, J. et Dorvil, H. (1994). Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, *7*(1), 63–78. https://doi.org/10.7202/301252ar

Garofalo, R. (1885). *Criminologia: studio sul delitto, sulle sue cause e sui mezzi di repressione* (Vol. 2). Fratelli Bocca.

Gautron, V. (2020). Soigner, moraliser et contrôler : l'injonction de soin au carrefour de finalités plurielles. Dans *Les mots du droit, les choses de justice : mélange en l'honneur de Jean Danet* (pp. 167–180). Dalloz.

Gautron, V. et Dubourg, É. (2014). La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel. *Criminocorpus. Revue d'histoire de la justice, des crimes et des peines, 4*, [En ligne] https://doi.org/10.4000/criminocorpus.2916

Gautron, V. (dir.) (2023). *Réprimer et soigner. Pratiques et enjeux d'une articulation complexe*. Presses universitaires de Rennes.

Gautron, V. et Milburn, P. (2023). Expertises et pronostics de « dangerosité » : des évaluations controversées. Dans V. Gautron (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe* (pp. 97–120). Presses Universitaires de Rennes.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture – selected essays*. Basic books, Inc.

Genard, J.-L. et Cantelli, F. (2008). Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques. *SociologieS*, Theory and research (en ligne). http://journals.openedition.org/sociologies/1943

Genard, J.-L. (2014). La question de la responsabilité sous l'horizon du référentiel humanitaire. Dans A. Brodiez-Dolino, I. von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval, B. Ravon et Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes (Eds.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales de l'histoire à la sociologie*. Presses universitaires de Rennes.

Godin, P. (2000). A dirty business: caring for people who are a nuisance or a danger. *Journal of advanced Nursing, 32*(6), 1396-1402. https://doi.org/10.1046/j.1365–2648.2000.01623.x

Goffman, E. (traduit de l'anglais par Liliane Lainé) (1968 [1961]). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux*. Éditions de minuit.

Guay, J.P. et de Vries Robbé, M. (2017). L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF. *Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique*, *175*(10), 894-900. https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.08.016

Guionnet, C. et Rétif, S. (2015). *Exploiter les difficultés méthodologiques. Une ressource pour l'analyse en sciences sociales*. Presses universitaires de Rennes.

Hachez I., Cartuyvels Y. et Nederlandt O. (2020). Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans I. Hachez, J. Vrielink (dir.), *Les grands arrêts en matière de handicap* (pp. 757-782). Larcier.

Hachez, I. et Marquis, N. (2024). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Presses universitaires Saint–Louis Bruxelles.

Hanoulle K., Verbruggen F. (2016). 'Neurosceptism' in the courtroom: the limited role of neuroscientific evidence in Belgian criminal proceedings. Dans S. Moratti, D. Patterson (Eds.), *Belgian Criminal Proceedings. Legal Insanity and the Brain: Science, Law and European Courts*., (pp. 41-76). Oxford: Hart Publishing, Bloomsbury Collection.

Henckes, N. et Majerus, B. (2022). *Maladies mentales et société (XIXe -XXIe siècles)*. Éditions La Découverte.

Hennion, A. et Vidal–Naquet, P.A. (2015). « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation. *Sciences sociales et santé*, *33*(3), 65–90. https://doi.org/10.1684/sss.2015.00304.

Herreros, G., Milly, B. (2006). *Les voies de la qualité à l'hôpital: entre procédures et coopération.* 2006, Rapport final, Convention, HAS - Université Lyon 2 – IRCO, halshs-00188667

Jacob, B., Macquet, D. et Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, *92*(9), 731–745. https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1550.

Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, Ampe, M., Grouwels, Y., De Varé, J., Oei, T.I., Groenhuijsen, M. et Bogaerts, S. (2015). Forensische pilootprojecten 'medium security': Incidenten tijdens behandeling van geïnterneerden ressorterend onder CBM Gent. *Panopticon: Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch Welzijnswerk*, *36*(1), 26–45. http://hdl.handle.net/1854/LU–5847199

Jeandarme, I., Pouls, C., De Laender, J., Oei, T. I. et Bogaerts, S. (2016). Field validity of the HCR–20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychology, Crime & Law*, *23*(4), 305–322. https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1258467

Jeandarme, I., Habets, P. et Kennedy, H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM–1 compared to court decisions. *International journal of law and psychiatry*, *64*, 205–210. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006

Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, *8*(6), 433-443. https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433

Kennedy, H.G., O'Reilly, K., Davoren, M., O'Flynn, P. et O'Sullivan, O.P. (2019). How to measure progress in forensic care. Dans Völlm, B. et Braun, P. (Eds.), *Long–Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (pp. 103-121). Springer. https://doi.org/10.1007/978–3–030–12594–3_8

Kennedy, H.G. (2022). Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, *28*(1), 46-59. https://doi.org/10.1192/bja.2021.34

King, S. (2020). *On writing. A memoir of the craft,* Simon & Schuster.

Klein, A., Guillemain, H. et Thifault, M.C. (2018). *La fin de l'asile. Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle.* Presses universitaires de Rennes.

Lachenal, G., Lefève, C. et Nguyen, V. (2014). Le triage en médecine, une routine d'exception. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, *6*(1), 1-25. https://doi.org/10.3917/ccgc.006.0001.

Lancelevée, C., Cliquennois, G., Dugué, F., Cartuyvels, Y. et Bessin, M. (2013) . Ce que la dangerosité fait aux pratiques : entre soin et peine, une comparaison Belgique-France. *Les Cahiers de la Justice*, *1*(1), 101-111. https://doi.org/10.3917/cdlj.1301.0101.

Lancelevée, C. (2016). *Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en France et en Allemagne* (thèse de doctorat en sociologie). EHESS.

Lareau, A. (2021). *Listening to people: A practical guide to interviewing, participant observation, data analysis, and writing it all up*. University of Chicago Press.

Lavergne, T., Janssens H., (2024). *Pénurie des infirmier-ères et crise du « prendre soin », Étude* - Institut pour l'égalité des hommes et des femmes, Mutualité Chrétienne ; disponible ici : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/179%20-%20Pénurie%20des%20infirmier·es%20et%20crise%20du%20'prendre%20soin'.pdf

Lechevalier Hurard, L. (2018). Des libertés au prix de l'enfermement: le cas d'une unité Alzheimer. Dans L. Velpry, P. A. Vidal-Naquet et B. Eyraud (Eds.), *Contrainte et consentement en santé mentale*. Presses Universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.149597

Leistedt, S. (2020). La psychiatrie légale en Belgique en 2020. *Rev. Med. Liège*, *75*(1), 742-747. https://rmlg.uliege.be/download/3361/2666/S–Leistedt_2020_75_11_0.pdf

Lejeune, J.-P. (2017). Nouvelle loi relative à l'internement des personnes : qu'est-ce qui a changé ? *Dossier SIMILES*, 11-17. https://associationsimiles.org/centre–de–document/revues–similes/2017–2/

Legrand, J. (2022). L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique. *Genèses, 127*(2), 11-32. https://doi.org/10.3917/gen.127.0011.

Le Helley, M., Rapegno, N. et Rosenfelder, C. (2021). Les habitats collectifs et accompagnés en santé mentale à l'épreuve de la pandémie de Covid–19 : entre protection vis–à–vis du virus et soutien à l'autonomie. *Revue française des affaires sociale*s, 2, 57-75. https://doi.org/10.3917/rfas.212.0057.

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

Linder, A. (2023). *De l'idéal du rétablissement à l'expérience de l'aller mieux. Contribution à une sociologie de la santé mentale et de ses transformations contemporaines* (thèse de doctorat en sciences sociales). Université de Lausanne.

Linhardt, D. (2001). L'économie du soupçon : une contribution pragmatique à la sociologie de la menace. *Genèses, 44*(3), 76-98. https://doi.org/10.3917/gen.044.0076.

Lippens de Cerf, M.N. (2019). L'isolement et la contention sous contrainte dans les soins de santé mentale en Belgique : tension entre l'obligation de sécurité et les droits fondamentaux du patient malade mental (mémoire de fin d'étude en criminologie). UCLouvain.

Lombroso, C. (1871). *L'uomo bianco e l'uomo di colore: Letture sull'origine e le varietà delle razze umane* (vol. 3). F. Sacchetto.

Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Les Éditions de Minuit.

Lovell, A. M. (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs ». Dans I. Joseph et J., Proust (Eds.), *La folie dans la place : pathologies de l'interaction* (pp. 55-81). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. doi :10.4000/books.editionsehess.10260

Lovell, A. M. (1996). Coercion and social control: a framework for research on aggressive strategies in community mental health. Dans D. L. Dennis et J. Moganan (Eds.), *Coercion and aggressive community treatment: A new frontier in mental health law* (pp. 147-166). Springer US. DOI:10.1007/978–1–4757–9727–5_10

Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses*, *82*(1), 95-119. https://doi.org/10.3917/gen.082.0095.

Majerus, B. (2013). *Parmi Les Fous. Une Histoire Sociale de La Psychiatrie Au XXe Siècle*. Presses universitaires de Rennes.

Majerus, B. et Roekens, A. (2014). Espaces psychiatriques, espaces religieux. Dans A. Roekens, *Des murs et des femmes. Cent ans de psychiatrie et d'espoir au Beau–Vallon* (pp. 35-52). Presses universitaires de Namur.

Majerus, B. et Roekens, A. (2018). *Vulnérables: les patients psychiatriques en Belgique (1914-1918)* (vol. 7). Presses universitaires de Namur.

Majerus, B. (2018). La désinstutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970 ? Dans A. Klein, H. Guillemain et M.C. Thifault (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (pp. 143-155). Presses universitaires de Rennes.

Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Équipe Mobile de Psychiatrie–Précarité* (thèse de doctorat en sociologie). EHESS.

Marques, A. (2015). Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité. *Sciences sociales et santé*, *33*(3), 91-114. https://doi.org/10.1684/sss.2015.0305.

Marques, A. (2018). Le travail de la demande : le cas des équipes mobiles de psychiatrie–précarité (EMPP). Dans L. Velpry, P. Vidal–Naquet et B. Eyraud (dir.), *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* (pp. 27-39). Presses universitaires de Rennes.

Marquis, N. (2009). Se remettre en jeu quand rien ne va plus. Une réflexion sociologique sur la catégorie de la résilience. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, *40*(1), 93-110. https://doi.org/10.4000/rsa.298

Marquis, N. (2012). *Sociologie de la pratique de lecture du « développement personnel » en régime d'autonomie : du texte à l'expérience* (thèse de doctorat en sociologie). Facultés universitaires Saint-Louis.

Marquis, N. (2018). La résilience comme attitude face au malheur: succès et usages des ouvrages de Boris Cyrulnik. *SociologieS*. Theory and research (en ligne). https://doi.org/10.4000/sociologies.6633

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. https://doi.org/10.1007/s11013–019–09624–x

Marquis, N. et Susswein, R. (2020). « Rétablir par le réseau ». Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy107 » (Belgique). *SociologieS*. (en ligne). https://doi.org/10.4000/sociologies.13711

Marquis, N. et 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. https://doi.org/10.1684/sss.2021.0191.

Marquis, N. (2022). Des vies en dépendances. Pragmatique de la folie en institution psychiatrique. *Terrain, Anthropologie & Sciences humaines*, *76*, 84-103. https://doi.org/10.4000/terrain.23339

Marquis, N. (Ed.) (2024). *Education, Parenting, and Mental Health Care in Europe: The Contradictions of Building Autonomous Individuals* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003377207

Masson, A. (2016). L'expertise psychiatrique pénale et la problématique de la responsabilité. Dans Y. Trichet et R. Hamon (dir.), *Psychanalyse et criminologie aujourd'hui* (pp. 325-352). Presses universitaires de Rennes.

Mertens, A. (2018). De beleving van vrouwen met een interneringsmaatregel: tussen hoop en vrees. *Panopticon*, *39*(6), 580-587.

Messaoudi, F. (2021). Aider ceux qui ne l'ont pas (vraiment) demandé : le travail d'un SASE. *Les Politiques Sociales*, *3*(3-4), 47-57. https://doi.org/10.3917/lps.213.0047.

Messaoudi, F. (2023). *Le quotidien du travail sur autrui dans une société de l'autonomie. Les cas d'un service d'accompagnement socioéducatif et d'une Maison d'enfants intervenant dans « l'intérêt de l'enfant »* (thèse de doctorat en sociologie). Université Saint-Louis Bruxelles.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2ème edition). Guilford Press.

Modiano, P. (1975). *Villa triste*. Gallimard, Paris.

Moreau, D. (2015). *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile* (thèse de doctorat en sociologie). EHESS.

Moreau, D. et Laval, C. (2015). Care et recovery : Jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez–soi d'abord ». *Alter*, *9*(3), 222-235. https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003

Mougeot, F. (2017). Le travail des soignants de la psychiatrie française à l'épreuve du New Public Management. *Empan*, *107*(3), 65-70. https://doi.org/10.3917/empa.107.0065.

Mougeot, F. (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Érès.

Mosselmans, M., Stegen, G. et Benoit, G. (2010). Voorstellen tot verbetering van de wet. Dans G. Benoit *et al*. (dir.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke: ethische, medische en juridische perspectieven* (pp. 236-237). Die Keure.

Muylaert, P. (2013). La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, *N°2*, 76-84.

Nederlandt, O., Colette-Basecqz, N., Vansiliette, F. et Cartuyvels, Y. (Eds.) (2018). *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 la Revue de droit pénal et de criminologie, n° 26, Bruxelles, La Charte.

Nederlandt, O. et Colette–Basecqz, N. (2018). L'arrêt pilote WD c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons ? *Revue trimestrielle des droits de l'homme, 2018,* 213-239. http://hdl.handle.net/2078.3/196625

Nederlandt, O., Berbuto, S., De Brouwer, A., Deveux, C., Jaspis, P., Malchair, J.-G., Moreau, J., Paci, D., Sax, H. et Vansiliette, F. (2023). Le prononcé de la mesure d'internement: une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones. *Revue de droit pénal et de criminologie*, *103*(11), 1014-1062. http://hdl.handle.net/2078.3/279450

Ogien, A. (1987). Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie. *Sciences sociales et santé*, *5*(2), 61-84. https://doi.org/10.3406/sosan.1987.1058

Ogien, A. (2015). Quand agir, c'est penser. Certitude, conviction et connaissance directe. *Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive*, 63(1), 15-35. https://doi.org/10.3406/intel.2015.1021

Oliver, M. (1981). A New Model for the Social Work Role in Relation to Disability. Dans J. Campling (dir.), *The Handicapped Person: A New Perspective for Social Workers?* (chapitre 5, sans pagination). Radar.

Oswald, P., Saloppé, X., Ducro, C., Macquet, D., Cornu, P.J., Pham, T. et Delaunoit, B. (2016). Clinical characteristics among forensic inpatients: A special case, the establishment of social defense "Les Marronniers" in Tournai (Belgium). *L'encephale*, *43*(3), 229-234. https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.10.002

Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement: un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, *7*(1), 165-180. https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165.

Paillet, A., (2007). *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, La Dispute, coll. « Corps, Santé et Société ».

Pétonnet, C. (1982). L'observation flottante : l'exemple d'un cimetière parisien. *L'homme*, tome 22, n°4, 37-47. https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323

Peyrot, M. (1985). Coerced voluntarism: The micropolitics of drug treatment. *Urban Life*, *13*(4), 343-365. https://doi.org/10.1177/009830985013004002

Pham, T., Habets, P., Saloppé, X., Ducro, C., Delaunoit, B., Pouls, C. et Jeandarme, I. (2019). Violence risk profile of medium–and high–security NGRI offenders in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *30*(3), 530-550. https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1570540

Pillay, S., Oliver, B., Butler, L. et Kennedy, H. (2008). Risk stratification and the care pathway. *Irish Journal of Psychological Medicine, 25*(4), 123-127. doi:10.1017/S0790966700011228

Prins, A. (1910). *La défense sociale et les transformations du droit pénal* (Vol. 15). Misch et Thron.

Printz, A. (2024). Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer l'ordinaire familial. Dans I. Hachez, N. Marquis, *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap. Actes de la Conférence Alter 2022*, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

Protais, C. (2016). Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique. *Mouvements, 88*(4), 27-33. https://doi.org/10.3917/mouv.088.0027.

Protais, C. et Litzler, A. (2018). Jouer avec les règles : le travail de contrôle des substances psychoactives en unité d'hospitalisation psychiatrique pour détenus. Dans L. Velpry, P. A. Vidal-Naquet et B. Eyraud (Eds.), *Contrainte et consentement en santé mentale* (pp. 87-99). Presses Universitaires de Rennes.

Protais, C. (2021). La responsabilisation des malades mentaux criminels. *Les Cahiers de la Justice*, *2021*(3), 437-451. https://doi.org/10.3917/cdlj.2103.0437.

Proteau, L. (2009). L'économie de la preuve en pratique : les catégories de l'entendement policier. Actes de la recherche en sciences sociales, 178(3), 12-27. *https://doi.org/10.3917/arss.178.0012*.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. et Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. American Psychological Association.

Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 152(2), 60-68. https://doi.org/10.3917/inso.152.0060

Ravon, B. (2010). Review of *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles* by L. Demailly. *Revue Française de Sociologie, 51*(1), 180-183. http://www.jstor.org/stable/40731184

Ravon, B. (2012). Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire: réflexivité, controverses, accordage. *Nouvelle revue de psychosociologie, 14*(2), 97-111. https://doi.org/10.3917/nrp.014.0097.

Ravon, B. (2016). Risquer la trahison. Analyse dialogique de l'activité et régulation continue: l'exemple de la reprise collective d'une intervention à domicile. *SociologieS*. (en ligne) https://doi.org/10.4000/sociologies.5560

Ravon, B. et Neuilly, M. (2017). Épreuves de coopération. L'institution du soin en eaux troubles : parcours inter-institutionnels et ruptures prioritaires. Dans AIRe, MèTIS Europe, AIRe / La recherche en DITEP (dir.), Du réseau aux coopérations : de l'interdisciplinarité à l'inter-institutionalité. Comment trouver le point d'équilibre ? (pp. 39-53). Champ social. https://doi.org/10.3917/chaso.aire.2017.01.0039.

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P.A. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre auto–mandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome, 67*, 74-81. https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0074.

Renneville, M. (2003). *Crime et folie: deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Fayard.

Rhodes, L.A. (1991). *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. University of California Press.

Rhodes, L., Lancelevée, C. et Velpry, L. (2019). L'intérieur institutionnel : entretien avec Lorna Rhodes. Entretien conduit par Camille Lancelevée et Livia Velpry. *Champ pénal/Penal field, 18*, (en ligne). https://doi.org/10.4000/champpenal.11525

Robben, A.C. et Sluka, J.A. (Eds.) (2012). *Ethnographic fieldwork: An anthropological reader* (vol. 23). John Wiley & Sons.

Saetta, S. (2018). Contraindre, faire adhérer : le paradoxe du soin des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans L. Velpry, P. Vidal–Naquet et B. Eyraud (dir.), *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* (pp. 53-64). Presses universitaires de Rennes.

Sallée, N. (2012). *Des éducateurs placés sous main de justice : les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse entre droit pénal et savoirs sur l'homme* (thèse de doctorat en sociologie). Université Paris Ouest Nanterre.

Sallée, N., Bernheim, E., Ouellet, G. et Pariseau–Legault, P. (2022). Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada). *Droit et société, 111*(2), 357-380. https://doi.org/10.3917/drs1.111.0357.

Sallée, N. (2023). *Sous la réhabilitation, le contrôle. La justice des mineurs au XXIe siècle.* Presses universitaires du Québec.

Schepens, P. et De Baeremaeker, V. (2018). *Petit traité impertinent sur l'internement. L'expérience de la Forêt de Soignes*. Éditions Academia.

Soors, G., (2019). *Des internés en milieux carcéraux : description analytique de l'adaptation et du vécu carcéral de personnes sous mesure d'internement* (mémoire de fin d'étude en criminologie). UCLouvain.

Talbott, J.A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric services, 55*(10), 1112-1115. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.10.111

Théry, I. (2022). *Moi aussi - La nouvelle civilité sexuelle*. Éditions du Seuil.

Triaille, L. (2025, *à paraitre*). *Vivre libre avec un handicap. Droit à l'autonomie de vie et désinstitutionnalisation, des contestations de la vie asilaire aux obligations internationales de droits humains* (thèse de doctorat en droit). UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

Troisoeufs, A. (2020). « Jouer aux normaux entre malades ». Expériences des troubles psychiques et normalités négociées dans les groupes d'entraide mutuelle. *Anthropologie & Santé, 20,* (en ligne) https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6101

Tulkens, F. (1985). Un chapitre de l'histoire des réformateurs : A. Prins et la défense sociale (No. UCL–Université Catholique de Louvain). *CRISP*

Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

van de Kerchove, M. (1983). Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs. Dans F. Ost, P. Gérard et M. Van de Kerchove (Eds.), *Fonction de juger et pouvoir judiciaire : transformations et déplacements* (pp. 311-390). Presses universitaires Saint-Louis.

van de Kerchove, M. (1985). La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? Dans J. Gillardin (dir.), *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit ?* (pp. 15-31) Presses universitaires Saint-Louis.

van de Kerchove, M. (1986). Discours juridique et discours psychiatrique. Aux sources de la loi de défense sociale. *Droit et société, 3*, 229-249. https://www.persee.fr/doc/dreso_0769–3362_1986_num_3_1_918

van de Kerchove, M. (2010). Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité. *Déviance et Société*, *34*(4), 485-502. https://doi.org/10.3917/ds.344.0485.

van de Kerchove, M. (2012). En guise d'introduction. Dans Y. Cartuyvels et I. De Viron, (dir.), *Malades mentaux, Justice et Liberté. Renverser l'entonnoir ? Actes du colloque organisé par le SAD, l'IRSI et le CRC, en collaboration avec la LBFSM* (pp. 5-11). Mental'Idées (vol. 17).

Vandermeersch, D. (2008). La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. *Journal des tribunaux*, 117-125.

Van Mieghem, K., (2016). *De nieuwe interneringswet: een SWOT-analyse* (mémoire de fin d'étude en criminologie). UGent.

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

Velpry, L. (2018). Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes. Dans L. Velpry, P. Vidal-Naquet et B. Eyraud (dir.), *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* (pp. 101-116). Presses universitaires de Rennes.

Velpry, L., Vidal-Naquet, P. et Eyraud, B. (dir.) (2018). *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*. Presses universitaires de Rennes.

Verbist, Y. (2015). *Paroles en défense sociale Paroles de défense sociale*. Psytoyens asbl.

Verhaegen, L. (1987). The evolution of Belgian Psychiatry. *International Journal of Mental Health*, *16*(1/2), 42-57. https://www.jstor.org/stable/41344447

Vermeylen, J., Schouters-Decroly, L. (Eds.) (2001). *Hors Les Murs ! Naissance de La Psychiatrie extrahospitalière. L'équipe : Histoire et Philosophie.* Groupe secteur recherche

Verrycken, M., Baeteman, G., Casman, H. et De Meuter, S. (1992). *Het nieuwe statuut van de (gesstes)zieken: wetten van 1990-1991*. Story-Scientia.

Vibert, S. (2017). Introduction : sortir de l'anthropologie potestative. Dans D. Gibeault et S. Vibert (dir.), *Autorité et pouvoir en perspective comparative* (pp. 11-53). INALCO Presses.

Vicenzutto, A., Dujardin, J., Delannoy, D. et Hoang, T.P. (2019). Expertise psychiatrique au pénal: apports des canevas structurés d'expertise. *Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique*, *177*(9), 892-895. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.009

Vicenzutto, A., Ducro, C., Saloppé, X., Pham, T.H. et Delaunoit, B. (2016). *Dual Diagnosis and Risk Assessment in a Forensic Hospital: towards an heterogeneity of psychiatric and criminological profiles*. Poster lors de la quatorzième conférence IATSO tenue à Copenhague.

Vidal-Naquet, P. (2013). Le care à domicile : tact et tactiques. *Recherches en soins infirmiers*, *114*(3), 7-13. https://doi.org/10.3917/rsi.114.0007.

Vidal-Naquet, P. A. (2019). Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables. *Raison présente*, *209*(1), 43-54. https://doi.org/10.3917/rpre.209.0043.

Walker, C.H. et Thunus, S. (2020). Meeting boundaries: Exploring the faces of social inclusion beyond mental health systems. *Social Inclusion*, *8*(1), 214-224. https://doi.org/10.17645/si.v8i1.2193

Weber, F. et Beaud, S. (2010). *Guide de l'enquête de terrain*. La Découverte.

Weller, J.M. (2018). Les appuis matériels du raisonnement juridique : décider avec des papiers. Dans J. Colemans et B. Dupret (dir.). *Ethnographies du raisonnement juridique* (pp. 1-27). LGDJ.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.

Wittgenstein, L. (2014). *Recherches philosophiques.* Gallimard.

Wittouck, C., Vander Laenen F., Vandevelde S. Rpwaert, S., Aga, N., Van Roeyen, S., Audenaert, K., Vanderplasschen, W., Vander Beken, T. (2020). Lived-experience-and-strengths-based strategies for persons with mental illness who offended and their family members. *Freedom from fear*, *2020*(15), 48-57. https://doi.org/10.18356/93d07384–en

Sources juridiques

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, signée à New York le 13 décembre 2006.

Convention européenne des droits de l'homme, signée à Rome le 4 novembre 1950.

Cour eur. dr. h., arrêt *Aerts c. Belgique*, 25357/94, 30 juillet 1998.

Cour eur dr. h., arrêt *W.D. c. Belgique*, 73548/13, 6 septembre 2016.

*

Loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, *M.B.*, 21 juin 1850.

Projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et de l'adolescence coupable, *Doc. parl.*, Chambre, 1923, no 151.

Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels, *M.B.*, 11 mai 1930.

Projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux, *Doc. parl*., Chambre, 1960, no 514.

Loi du 1er juillet 1964 à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964.

Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990.

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 1er février 2005.

Projet de loi relatif à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, *Doc. Parl.*, Chambre, 2007, no 51 (2841/001).

Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, *M.B.*, 13 juillet 2007.

Loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 11 juillet 2008.

Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014.

Loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *M.B.*, 13 mai 2016.

Loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 mai 2024.

*

Cass., 9 avril 2019, RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n°223.

Cass., 11 juin 2019, RG P.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n°362.

Arrêté royal du 15 mars 1952 créant à l'établissement pénitentiaire de Merksplas, une section spéciale destinée aux anormaux internés en vertu de la loi de défense sociale du 9 avril 1930, *M.B.*, 27 avril 1952.

Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques du 10 juillet 1990, M.B., 26 juillet 1990.

Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques du 10 juillet 1990, M.B., 26 juillet 1990

Arrêté royal du 25 septembre 2018 portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 12 octobre 2018.

Autres

Comité consultatif de bioéthique de Belgique (2022). *Avis n°81 du 24 novembre 2022 relatif à l'interdiction de fumer dans les centres de psychiatrie légale (CPL)*, disponible ici : https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-81-interdiction-de-fumer-dans-les-cpl

Conseil supérieur de la santé (2016). *Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale*, Avis n°9193, Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement, disponible ici : https://www.plateformepsylux.be/wpcontent/uploads/2015/11/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

Direction générale des Établissements Pénitentiaires (2016). *Rapport annuel*, disponible ici : https://justice.belgium.be/sites/default/files/bat_ra_2016_fr_light.pdf

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Wallonie, 2010. http://www.psy107.be/index.php/fr/

Marcel, C., (2018), *Entre soin et peine : la défense sociale belge*, analyse de l'Observatoire international des prisons, section française, disponible ici : https://oip.org/analyse/entre-soin-et-peine-la-defense-sociale-belge/

Projet ARC (Action de recherche concertée, n°19/24-001) financé par le FNRS (Fonds National de la Recherche Scientifique), 2019-2024, disponible ici : www.autonomicap-usaintlouis.org

Unia (2023). *Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ?*, Rapport sur l'internement disponible ici : https://www.unia.be/fr/connaissances-recommandations/rapport-internement-2023

Vermeulen, E. (2014), *Documentaire « 9999 »*, produit par Crols, B. et Daems M. http://www.9999themovie.com/

Willemaers, H. (1899). *La loi sur le régime des aliénés : Discours à l'audience solennelle de rentrée du 2 octobre 1899*. Imprimerie Veuve Ferdinand Larcier.