

N° 83

**La familialisation de
l'accompagnement et du soin en
matière psychiatrique en Belgique :
les proches aidants et la requête
d'hospitalisation contrainte**

*Antoine Printz (Uclouvain, FNRS-
IACCHOS/CriDIS) – antoine.printz@uclouvain.be*

Janvier 2023

ISSN : 2565-7852

www.uclouvain.be/cridis

CriDIS Working Papers - Un regard critique sur les sociétés contemporaines

Comment agir en sujets dans un monde globalisé et au sein d'institutions en changement ? Le CriDIS se construit sur la conviction que la recherche doit prendre aujourd'hui cette question à bras-le-corps. Il se donne pour projet d'articuler la tradition critique européenne et la prise en charge des questions relatives au développement des sujets et des sociétés dans un monde globalisé.

Les Working Papers du CriDIS ont pour objectif de refléter la vie et les débats du Centre de recherches interdisciplinaires « Démocratie, Institutions, Subjectivité » (CriDIS), de ses partenaires privilégiés au sein de l'UCL ainsi que des chercheurs associés et partenaires intellectuels de ce centre.

Responsable des Working Papers : *Tom Duterme*

Numéro ISSN : 2565-7852

Les Working Papers sont disponibles sur le site www.uclouvain.be/cridis

Derniers numéros parus : 2022

- 82. Démarchandiser et démocratiser le travail en coopérative. Analyse d'un recours au salariat et au volontariat. Julien Charles et Joseph Vaessen
- 81. Approche intersectionnelle, Standpoint theory et épistémologie décoloniale : risques et intérêts dans le cadre d'une recherche sur Black Lives Matter. Yannicke de Stexhe
- 80. Bloomberg and the GameStop saga: The fear of stock market democracy. Tom Duterme
- 79. Trois réponses à la crise du coronavirus. Jean De Munck
- 78. La sémiotique postcoloniale de Kamel Daoud. Jean De Munck
- 77. Enquêter sur le cosmopolitisme : Une approche urbaine et politique du vivre-ensemble. Louise Carlier
- 76. Le vivre-ensemble, une catégorie de l'action publique ? Lionel Francou
- 75. Passions démocratiques et rationalités à l'âge du capitalisme ultime. Thierry Amougou
- 74. Travail et démocratie. Cartographie des expérimentations contemporaines. Julien Charles
- 73. Des critiques populaires aux critiques populistes. Julien Charles
- 72. Mouvements sociaux au Mexique. Deux décennies après la transition. Geoffrey Pleyers y Manuel Garza Zepeda
- 71. Transformations sociales, individus et démocratie. Le cas du Chili. Kathya Araujo

La familialisation de l'accompagnement et du soin en matière psychiatrique en Belgique : les proches aidants et la requête d'hospitalisation contrainte

Antoine Printz (Uclouvain, FNRS-IACCHOS/CriDIS)

Dans cette contribution, je voudrais approcher la question de l'hospitalisation contrainte en psychiatrie à partir d'une perspective centrée sur les proches plutôt que sur les personnes (réputées) malades mentales¹. De l'éclaircissement des motifs qui poussent les familles à demander l'hospitalisation d'un membre peut en effet émerger un propos plus général sur ce qu'est l'expérience familiale de la maladie mentale, dans le contexte de déport d'une partie du travail de soin depuis une « écologie résidentielle » vers des écologies « communautaire » ou de la « réinsertion » (Thunus, 2015). Je souhaite donc éclaircir l'expérience familiale de la désinstitutionnalisation psychiatrique, à partir de ses failles et de ses accroc, dont les requêtes d'hospitalisation contrainte seront considérées comme une expression franche.

L'expérience familiale de la vulnérabilité psychique d'un membre, ses composantes morales et ses éventuelles dimensions négatives, doivent être inscrites dans le cadre des transformations de la régulation de ces questions, marquées par des politiques volontaristes de basculement de la charge hospitalière vers d'autres espaces et acteurs, généralement décrites à partir de la notion de « désinstitutionnalisation », malgré son caractère potentiellement confus et équivoque (Rutman, 1981 ; Majerus, 2018). Suivant Chapiro (2021), on dira que la « désinstitutionnalisation » désigne un processus d'accroissement de recours aux « dispositifs dans la communauté », au détriment des « établissements psychiatriques ». La notion désigne donc *a minima* un processus qui articule trois « segments » : espaces de soin résidentiel, espaces de soin communautaire et basculement de l'économie pratique du soin depuis les espaces de soin résidentiel vers les espaces de soin communautaire². Par hypothèse, ce processus a accru la charge d'accueil du « milieu de vie » et du « réseau » des personnes désormais désinstitutionnalisées, au premier plan de celui-ci, le plus souvent, leur « famille »³ (Kovess-Masféty, Villani, 2019). Celle-ci acquiert un rôle supplétif, voire palliatif, de certaines fonctions de soin, d'accompagnement ou de gardiennage, réduites ou simplement supprimées dans leur forme institutionnelle, c'est-à-dire n'étant plus prise en charge au sein d'établissements⁴. Ce processus peut être décrit comme une « familialisation » des politiques psychiatriques, les proches acquérant un rôle important dans la « production sociale de la santé » (Bungener, 1987) en matière psychiatrique⁵.

¹ Ce travail constitue la version préliminaire et plus ample de ma contribution à paraître dans les actes de la Conférence ALTER 2022, « Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap ». Il a bénéficié des relectures attentives et commentaires de Basile Cornet, Tonya Tartour et Sophie Pesesse, je les en remercie vivement.

² Une définition plus opérationnelle du point de vue sociologique, en lien avec la problématique, est proposée et développée plus largement *infra*.

³ Je reviens sur la notion de « famille » et les conditions de son opérationnalité sociologique *infra*.

⁴ La dimension institutionnelle des pratiques de soin ne peut évidemment être rabattue sur cette seule réduction « géographique » du lieu où elles prennent place (Kuty, 1977). Castel (2011) a notamment montré comme la sortie des soins des établissements hospitaliers ne signifiait pas la disparition des formes d'organisation des pratiques qui y étaient attachées. Néanmoins, dans le cadre de cette problématique et en vertu des manières dont les acteurs se rapportent à l'environnement social dans lequel les modalités de soin sont organisées et prennent sens, on distinguera les espaces institutionnels (c.-à-d. résidentiels et hospitaliers) des espaces communautaires et familiaux.

⁵ Concernant la question des « qualités » de l'environnement d'accueil attendues par les intervenants en vue d'assurer la continuité des soins en-dehors des institutions, on se référera à Bungener (1995), Holstein (1987 ; 1988) ainsi qu'à Tartour et Robiquet (2020) pour une évaluation de ces questions dans le contexte particulier de la pandémie de Covid-19.

Ce sont ces enjeux que je souhaite examiner dans cette communication. Quels sont les ressorts moraux, les composantes affectives et les dimensions expérientielles de cette nouvelle charge ? Puisque les politiques de maintien des malades dans l'environnement reposent, en toute hypothèse, sur une conception nouvelle des familles comme « solution au problème du retour du patient dans la communauté » et des « membres actifs du système des soins » (Carpentier, 2001, p. 92-93), comment dès lors les proches articulent-ils les relations familiales avec les politiques sociales et médicales mises en œuvre ? Quels sont les ressorts et les formes de leur enrôlement dans cette fonction supplétive de soin ?

À partir d'une analyse qualitative des requêtes familiales d'hospitalisation contrainte, je montre comment le rôle d'aidant est activé, comment il est vécu, et surtout comment il est éventuellement refusé et mis en tension avec une responsabilité publique. Ces requêtes sont analysées comme des « actes d'écriture⁶ » supportant la demande des familles d'une intervention tierce (celle d'agences médicales, par l'intermédiaire du parquet) dans des situations qu'elles jugent intenable. En tant que « dernier recours », contrevenant tant à l'idée d'une solidarité familiale naturelle et inconditionnelle qu'au modèle d'organisation des soins centrés sur le milieu de vie, elles constituent un excellent analyseur de la structuration morale du travail familial de soin et d'accompagnement, ainsi que des accrocs de la désinstitutionnalisation. Ma réflexion sera développée en trois étapes. Premièrement, je retrace les évolutions récentes dans l'organisation des politiques psychiatriques et psychosociales, et je montre la place nouvelle qui y est (plus ou moins implicitement) dévolue à une série de nouveaux acteurs pouvant être décrit à partir des relations particulières qu'ils entretiennent avec les personnes vulnérables ou malades. Ces relations seront, faute de mieux peut-être, qualifiées en tant qu'elles s'inscrivent dans une conception « familiale » des liens, des engagements et des responsabilités. Deuxièmement, je précise la place du dispositif de l'hospitalisation contrainte dans ce contexte, et définis surtout sa requête comme une solution de « dernier recours » dans l'administration d'un trouble au cœur de l'expérience familiale des politiques de maintien dans l'environnement. Enfin, sur base d'une analyse dont je spécifie brièvement les modalités, je présente les *formes élémentaires* de la requête d'hospitalisation contrainte. Celles-ci mettent en jeu divers types d'expérience du maintien dans le milieu de vie, des manières spécifiques de concevoir son caractère problématique, des demandes de réparation ou de rétablissement, et des attentes exprimées à l'égard des acteurs publics et institutionnels. Partant, il sera possible d'inférer à partir de ces opérations critiques, et des expériences morales qui les initient, ce que sont les *heurs et malheurs* de la désinstitutionnalisation du point de vue des proches.

1. Désinstitutionnalisation et familialisation : l'hypothèse d'une montée en charge des familles dans la provision du travail de soin socialement nécessaire

Au cours des dernières décennies, les formes de l'assistance psychiatrique ou psychosociale ont été marquées par un processus de désinstitutionnalisation. Du point de vue sociologique, la désinstitutionnalisation peut être ramenée, sous sa « formule la plus simple », au fait que « le diagnostic, le traitement et la réinsertion de ceux qui, dans une population donnée, présentent des troubles mentaux graves peuvent et doivent être le fait de cette population elle-même » (Joseph, 1998 : 159). La désinstitutionnalisation désigne donc le déport d'une part du travail de soin et d'accompagnement socialement nécessaire depuis une

⁶ Notion forgée sur le modèle de l'« acte de langage » d'Austin (1970), elle entend désigner les enjeux pragmatiques de la communication écrite. L'acte d'écriture est alors envisagé en tant que moyen mis en œuvre par un rédacteur pour agir sur son environnement. Sur cette question on se référera Fraenkel (2007).

« écologie résidentielle » vers des écologies « communautaire » et de la « réinsertion » (Thunus, 2015). Ce mouvement de transformation est sous-tendu par un ensemble de valeurs qu'il est possible d'exprimer, sous une forme ramassée, à travers une préférence pour la liberté individuelle et les relations d'interdépendance plutôt que l'enfermement et les relations de dépendance (Estroff, 1981 : 11 sq.). Par-là, la responsabilité à l'égard des personnes malades mentales se trouve répartie dans le corps social, dans le cadre d'un mouvement international de glissement du paradigme hospitalier des soins psychiatriques vers un paradigme communautaire (Thunus, Lorquet, 2014).

1.1. Promotion d'un modèle communautaire

En Belgique, ce mouvement est relativement tardif, et surtout assez partiel, le secteur hospitalier gardant une mainmise importante sur la conception et le traitement des problèmes de santé mentale. La création d'un secteur ambulatoire en marge de l'hospitalier à partir des années 1960-1970, puis la création de structures intermédiaires dans le courant des années 1980-1990, amorcent un basculement partiel de l'offre de soin en-dehors des murs de l'hôpital — remettant en cause mais ne parvenant toutefois pas à supprimer réellement l'hospitalocentrisme et la prégnance du paradigme résidentiel dans le système de santé mentale belge (De Munck et al., 2003 ; Majerus, 2018). En 2010, nouvelle étape majeure dans le processus de désinstitutionnalisation, la réforme « Psy 107 » entend renforcer le mouvement d'« évolution vers des soins en santé mentale axés davantage sur la collectivité⁷ ». Cette réforme, qui s'inscrit dans un long mouvement international de remise en question des modes d'organisation des soins en santé mentale, vise, d'après ses concepteurs, à « éviter autant que possible les admissions en résidence » et à « écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel » lorsque celui-ci est « inévitable »⁸.

Dès 2002, la déclaration conjointe des ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale, stipulait vouloir orienter l'offre de soins de telle manière qu'elle puisse « de préférence être dispensée dans l'environnement familial du patient⁹ ». Sur le plan institutionnel, cette volonté s'incarne dans une série de mécanismes, notamment budgétaires, d'organisation d'une montée en capacité de charge des services ambulatoires et mobiles, aux dépens des services qui visaient à « sortir [les patients] de leur domicile, [à] les encadrer et traiter en milieu résidentiel¹⁰ ». Pénétrée des valeurs de mobilité, d'émancipation individuelle et de responsabilité personnelle, cette réorganisation des soins a en ligne de mire l'inclusion sociale, la déstigmatisation et l'accompagnement consenti des personnes malades mentales, intégrées dans des modalités organisationnelles de réseau et une économie normative centrée autour des notions de « projet » et du « rétablissement ». Dans le cadre de cette refonte globale de l'offre de soins de santé mentale, on remarque une volonté très forte de reconnaître au patient « un droit à la citoyenneté et à l'exercice de “choix de vie” », visant à permettre de favoriser le développement de « son autonomie, son insertion sociale et peut-être plus encore le fait de le constituer en partenaire du soin et en acteur d'un parcours qu'il ne subit pas — favoriser, en somme, l'*empowerment* et la “réappropriation de soi” » (Marquis, Susswein, 2020). L'argument qui

⁷ Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 4.

⁸ Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 4.

⁹ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=03-05-23&numac=2003022251

¹⁰ Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 5.

sous-tend cette volonté de transformation de l'offre de soins est présenté comme étant essentiellement d'ordre thérapeutique mais aussi politique : pour éviter la chronicisation des patients et les traiter d'une manière qui soit conforme aux standards d'humanisation¹¹, de respect des libertés individuelles¹², d'autonomie et d'inclusion sociale¹³, le traitement hospitalier doit être intensifié et spécifiques, pour des périodes de courte durée, entre lesquelles le patient doit être intégré dans des réseaux de soins intégrés à son environnement familial.

1.2. Enrôlement des proches

L'intégration des soins dans « l'espace communautaire », et l'objectif de « maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine »¹⁴ qui la sous-tend, reposent sur une nécessité, peu explicitée dans le document programmatique de la réforme, d'un *recrutement* de la communauté¹⁵, et donc essentiellement des proches. Certaines réformes législatives et l'évolution des formes juridiques constituent un pan crucial du processus de désinstitutionnalisation (Ailam et al., 2009), et renforcent la nécessité de recruter la communauté. En effet, les pratiques psychiatriques ont été transformées par un processus de juridicisation au cours des dernières décennies qui visait essentiellement à inscrire ces pratiques dans un cadre de préservation des libertés fondamentales placé sous contrôle judiciaire¹⁶. L'émergence d'une telle psychiatrie basée sur les droits subjectifs du patient (McSherry, Weller, 2010) a généré certains *vides protectionnels*. En effet, « les dynamiques de spécialisation et de mise en réseau auraient donc pour effet, quoique non recherché, d'exclure un nombre croissant d'usagers des soins » notamment ceux appartenant aux « publics les plus complexes et vulnérables, qui ne "rentrent pas dans les cases " » (Walker et al. 2019a, p. 12). Le filet public de la protection psychiatrique se distend, et le risque de laisser passer certains entre ses mailles (*falling through the cracks*) s'accroît (Bachrach, 1980 ; Hollingsworth, 1992). Dans ce contexte, à charge d'autres acteurs de tenter de retisser quelque chose. Ces autres acteurs, ce sont notamment les proches, issus du milieu familial.

Cela implique de penser une question nouvelle : celle de la participation des proches dans l'aide, le soutien et le soin à l'égard des personnes porteuses d'un trouble mental. Certes, le modèle communautaire de la psychiatrie visait cet idéal « éthico-topologique » où « le curé, l'"institut", le voisin, le bistrotier » se trouvaient engagés « dans le projet thérapeutique de contenir la folie du voisin avant qu'elle ne dépasse les bornes » (Lovell, 1996). Dans les faits, ce sont quand même le plus souvent les membres de la famille qui portent le « fardeau » du soutien émotionnel et social aux personnes malades mentales maintenues dans leur milieu de vie (Kovess-Masféty, Villani, 2019). En ce sens, il n'est sans doute pas abusif de considérer que « la politique de maintien à domicile des personnes atteintes de troubles psychiatriques fait peser de lourdes contraintes sur les familles » (Blum et al., 2015).

¹¹ Déclaration de Hawaï (Association mondiale de psychiatrie, 1977, 1983)

¹² Arrêt Winterwerp c. Pays-Bas, 24 octobre 1979, req. n° 6301/73 (CEDH, 1979); arrêt X c. Royaume-Uni, 5 novembre 1981, req. n° 7215/75 (CEDH, 1981)

¹³ Convention relative aux droits des personnes handicapées (Organisation des Nations Unies, 2006) : <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

¹⁴ Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins », <http://www.psy107.be> (13-06-22), p. 10.

¹⁵ Dans ce contexte, Lovell (1996) soulignait, à raison, l'émergence aux côtés des formes asilaires et communautaires de la psychiatrie, d'une forme « interstitielle », centrée sur le « contrôle des mouvements d'individus anonymes dans l'espace public » plutôt que sur les liens personnels et affectifs. Ce sont des enjeux dont j'ai essayé de rendre compte pour Bruxelles dans un texte sur les signalements psychiatriques depuis les scènes publiques (Printz, 2021a).

¹⁶ J'ai tenté de rendre compte des conséquences en termes de conditions subjectives d'accès aux soins et à l'accompagnement dans d'autres textes (Printz, 2021b ; Printz, 2022).

2. Identifier les attentes des familles à travers les accrocs de la prise en charge dans l'environnement

Dans ce cadre, il paraît intéressant de sonder les dimensions morales et politiques qui sont mises en jeu dans les demandes d'hospitalisation contrainte pour une personne appartenant à l'entourage familial des requérants. Ainsi, il s'agit de mettre en lumière les manières qu'ont les requérants de refuser de réduire leurs problèmes « à des questions domestiques, à de petites affaires privées », afin de voir « comment s'y déploient les termes mêmes du politique, dans l'étroite imbrication entre la définition de la situation problématique et de ses contours, la détermination des personnes légitimes pour décider et le choix des recours et solutions acceptables » (Béliard et al., 2015, p. 7).

2.1. Sociologie du trouble

Ce travail s'inscrit pour partie dans une perspective inspirée de la « micropolitique des troubles » telle que définie initialement par Emerson et Messinger (1977) dans leur article fondateur. Proposant une reformulation microsociologique opérationnelle des approches de la déviance, telles que formulées dans des perspectives axées sur « histoire naturelle » des problèmes sociaux (Spector, Kitsuse, 1973), elle trouvera une expression systématique et fournie dans l'ouvrage d'Emerson (2015). Par cette notion de « micropolitique des troubles », il s'agit de rendre compte du travail interactionnel de réaction (interprétative et pratique) à des expériences négatives dans le cours normal de la vie ordinaire¹⁷. En d'autres termes, il s'agit de voir comment les personnes qualifient et *remédient* à des troubles qui émergent au sein de configurations relationnelles et *quotidiennes* marquées par une interconnaissance forte, des liens affectifs et une familiarité des repères partagés. Dans des séquences typifiées de « micropolitique des troubles », les auteurs montraient « comment le recours à des “tiers officiels” pouvait s'inscrire dans le contexte de conflits de définitions de la situation et de luttes pour faire reconnaître la légitimité de certains points de vue dans l'entourage, notamment quant à la manière de répondre à ces troubles » (Béliard et al., 2015, p. 7).

La volonté de ramener ce qui est décrit par les personnes au sein de ces requêtes à des « troubles » alors même que ceux-ci pourraient assez clairement être inscrits dans une classe psychopathologique au regard des descriptions faites, et des usages de la mesure de l'hospitalisation contrainte, ne relève pas d'un constructivisme faussement critique, qui refuserait la légitimité des qualifications psychiatriques. Il s'agit d'une posture épistémologique qui permet de suspendre le jugement de l'observateur sur ce qui *se joue* dans les situations, pour trouver une manière transversale d'en appréhender l'ensemble des expressions et le travail des personnes, sans préjuger de la légitimité d'une inscription du trouble dans un système de références psychopathologiques. Il s'agit donc de considérer que cette inscription est précisément un accomplissement pratique, laissant alors toute la place pour observer ce qui « se négocie et se renégocie, autour de ces personnes disqualifiées, la manière dont les acteurs établissent ou critiquent des pouvoirs et pensent leur légitimité » (Béliard et al., 2015, p. 7). En ce sens, on s'intéressera aux manières dont les personnes (en l'espèce, les proches) rendent compte du trouble, le configurent progressivement en un *problème* psychopathologique, formulent des attentes et des expressions morales autour de leur expérience.

¹⁷ De manière très simple, Emerson (2015) définit le trouble comme suit : « trouble signals a sense that something is wrong and, in many cases, that something should be done about it » (p. 1).

Ce mouvement de *recul* par rapport aux qualifications psychiatriques n'équivaut pas à une dénégation du caractère réel des troubles décrits, et de leur potentiel de « ravage¹⁸ » des structures de la vie quotidienne ou des ordres interactionnels au sein desquels ils émergent (Berger, 2020). En toute hypothèse, la requête d'hospitalisation contrainte est articulée à une expérience négative, souvent longue et de forte intensité, et constitue une tentative de « dernier recours » (Emerson, 1981), après la mise en place de solutions plus symétriques, basées sur des ressources informelles et intrinsèques aux relations proches (Emerson, 2011). De ce fait, on utilisera, dans l'analyse des requêtes, la notion de personne « fauteuse de trouble¹⁹ » pour désigner les personnes pour lesquelles les proches demandent une intervention contrainte. La notion permet de ne pas préjuger de la nature du problème que constitue le trouble dont les requérants font le compte-rendu²⁰, et de désigner la personne à partir de la seule chose qui peut être inférée des requêtes : le fait qu'elle est considérée par ses « autres » comme étant à l'origine d'un certain trouble, c'est-à-dire d'une rupture de l'expérience ordinaire ou d'une détérioration de la quiétude *domestique et familiale*. La notion de « fauteur de trouble » renvoie, peut-être maladroitement, à un imaginaire particulier, fait de nuisance, de menace de l'ordre public et de dispute. Pourtant, il faut noter qu'elle est ici utilisée dans son acception la plus neutre qui soit, comme la personne à l'origine d'un trouble dans l'expérience quotidienne, qui peut certes, comme le note Emerson (2015), provoquer l'« irritation » de son environnement d'accueil, mais également le « souci ».

La micropolitique du trouble, c'est-à-dire l'ensemble des actions qui visent son interprétation, sa contention, sa remédiation, dont j'analyse ici une étape avancée et a priori abhorrée (*dispreferred*), celle de l'appel à un « tiers officiel », peut être caractérisée à titre préjudiciel au moyen de deux dimensions structurantes : son intégration dans une hiérarchie des solutions et le fait qu'elle prend sens sur un fond culturel et moral d'attentes légitimes à l'égard de la puissance publique et des agences publiques.

2.1.1 Hiérarchie des solutions et séquençage des micropolitiques du trouble

Il apparaît que les solutions apportées à un trouble sont hiérarchisées d'un point de vue moral : certaines sont *préférées* et privilégiées en « premier recours » (*first resort*), d'autres sont perçues comme relevant à l'inverse d'une solution exclue en dehors d'un « dernier recours » (*last resort*). De manière générale, les différentes solutions au trouble, et leurs usages, sont séquençés d'une manière typique, allant de réponses *indigènes*, reposant sur des ressources interpersonnelles, vers des réponses extrinsèques qui font appel à des tiers informels, et finalement, éventuellement des tiers officiels. L'enchaînement des réponses au trouble suit donc en général un modèle séquençé de transition de réponses plus douces et négociées vers des solutions extrêmes et distancées (*distancing and extreme responses*) (Emerson, 2009). Puisque les troubles sont saisis à partir d'une « conscience relationnelle », puisqu'inscrits dans des relations d'interconnaissance forte, de familiarité et marquées par une charge affective, le recours aux solutions est également inscrit dans un souci de « préserver ou réparer la relation en cours » (Emerson, 2008, p. 510 ; *je trad.*). De telle sorte que, la

¹⁸ Goffman (1973) situait le cœur de la question de la maladie mentale dans ce « ravage dans l'organisation et dans l'esprit des membres ». « Ravage » que, selon lui, « les psychiatres ont tristement échoué à considérer et que les sociologues ignorent quand ils traitent la maladie mentale comme une simple question de désignation » (p. 332).

¹⁹ Conformément à la traduction proposée par Terzi et Cefai (2012).

²⁰ Cela d'autant plus que, dans le corpus, une proportion non négligeable de requêtes ne donne pas lieu à une hospitalisation, voire à une expertise, parce que les intervenants ne les jugent pas conformes à ce que la loi du 26 juin 1990 prévoit comme critères légaux : maladie mentale, dangerosité immédiate et absence d'alternative de soin en dehors de la contrainte. La notion de « trouble » constitue de ce fait une manière commode, *plus grand diviseur commun*, de désigner le cœur de ces séquences micropolitiques.

décision d'éloigner ou d'hospitaliser un membre du ménage peut apparaître comme une solution, qui ne va pas sans difficulté dans la mesure où elle affecte la place de chacun au sein de la famille. À l'inverse, le maintien de la cohabitation, même contraignante, peut s'imposer comme une nécessité ou comme un moindre mal. (Blum et al., 2015, p. ?).

2.1.2 L'économie morale du soin familial

En outre, l'appel à des agences est évidemment lié à des conditions culturelles et politiques larges, qui définissent ce que les personnes sont en droit d'attendre de l'État, en vertu de schèmes d'attente et de revendication plus ou moins stabilisés culturellement et sécurisés légalement, en fonction des conditions politiques spécifiques de partage entre le « privé » et le « public » (Boyd, 1997 ; Gusfield, 2012), de capacités d'intervention techniques et scientifiques (Friedman, 1986), et de discours concernant la société et la justice (Ewald, 1987 ; Heller, 2016). Pour décrire l'ensemble de ces conditions, il est possible de parler d'une « économie morale » du soin familial, qui organise les pratiques informelles liées aux prises en charge en ce domaine, à ce qui y est souhaitable et ce qui y est intolérable, en référence à l'ordre public et à l'ordre domestique. Sans définir plus en loin la notion d'« économie morale », notons que celle-ci concerne des ensembles de normes sociales et d'obligations, de conceptions de la légitimité ou de l'illégitimité des institutions et de leurs pratiques *en circulation* dans la société, ou au sein de certains groupes d'acteurs sociaux (Fassin, 2009 ; Thompson, 2013). En l'espèce, elle concerne donc l'ensemble des conceptions relatives aux obligations, aux droits et aux engagements dans le domaine du soin et de l'ordre public, des manières de se saisir de la frontière du public et du privé, d'exprimer des revendications légitimes, de montrer ce qui tient d'un droit à être aidé et ce qui relève du *faire sa part*.

2.2 La requête d'hospitalisation comme espace d'expression de l'économie morale du soin familial

Sur base des requêtes disponibles, j'entends montrer les façons dont le trouble et son expérience dans l'espace domestique est qualifié, dont il est rendu compte de son caractère *indésirable*, *intolérable* ou *invivable*, dont des responsabilités sont imputées et des attentes exprimées. La désinstitutionnalisation psychiatrique, et la familialisation d'une série de fonctions qu'elle semble avoir impliquée, peut alors être pensée à partir des écarts ou des tensions qu'il existe entre la conception formelle du dispositif et les attentes exprimées par les personnes, les usages *ordinaires* qui en sont faits, les finalités attribuées aux autorités requises via ces lettres. Il faut donc porter l'intérêt sur les manières de qualifier le trouble, et les raisons pour lesquelles on juge légitime de demander une intervention.

2.1.1. Le dispositif de l'hospitalisation contrainte

Le programme d'action du dispositif de mise en observation consiste en l'extraction décontextualisante, mais temporaire, depuis l'espace de vie d'un individu reconnu malade mental, dangereux et ne pouvant être soigné selon d'autres modalités qu'une hospitalisation en service fermé. Ce programme consacre le déni temporaire et limité de droits-liberté (consentement, mouvement, etc.) au nom de droits-créances (soins, protection, etc.), et de considérations sécuritaires. En ce sens, la formulation de sa demande par les proches semble constituer un prisme intéressant pour comprendre les modalités concrètes des politiques de maintien dans le milieu de vie, ses accrocs et ses failles. Du point de vue légal, elle est conçue comme une mesure d'exception, puisqu'elle contrevient très franchement aux conceptions *normales* de ce que doit être le soin et la protection juridique des personnes vulnérables, pensées à l'aune de standards éthiques, juridiques et politiques de préservation des droits de

l'homme et de protection des libertés individuelles (Van de Kerchove, 1985, 1994 ; Gillardin, 1994). En ce sens, l'exception de l'enfermement et le principe de sa limitation dans le temps constituent des principes cardinaux, affirmés depuis quelques décennies²¹. Ces mesures doivent être prises selon des critères légaux définis, sous contrôle judiciaire, en vertu de conditions d'exception au déroulement *normal* des soins : éléments objectivant l'existence de troubles mentaux qui requièrent une mesure contrainte, celle-ci ne pouvant se prolonger sans leur persistance.

En Belgique, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et la mesure de la « mise en observation » qu'elle organise, dispose ainsi que « sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle » (art. 1). Le cadre réglementaire, s'il n'épuise évidemment pas la réalité concrète des formes de l'action publique en matière psychiatrique, pose donc la contrainte comme une mesure de dernier recours, dont le champ d'application matériel est défini selon trois critères cumulatifs : (1) maladie mentale, (2) dangerosité immédiate pour soi ou pour autrui et (3) absence d'alternative de soin. En-dehors de ce type de cas, le cadre normal du soin est celui défini par le droit du patient qui organise les « rapports juridiques [...] de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient²² » selon les coordonnées du consentement exprès (ou au moins tacite dans certains cas définis), du libre choix du praticien, du droit à l'information, etc. La « mise en observation », demandée par les proches dans les requêtes, constitue donc bien une mesure d'exception, conçue par le législateur comme un dernier recours, face à des cas d'une *gravité* incontestable, impossible à prendre en charge sous les modalités normales de soin dont j'ai déjà précisé les formes générales.

Les recours et usages d'une telle mesure de dernier recours, notamment parce qu'ils nécessitent la démonstration d'une gravité du trouble ne pouvant être ou n'ayant pu être traitée au moyen de *solutions normales*, constituent alors un prisme important pour approcher la question de la régulation psychiatrique sous le modèle dominant des prises en charge désinstitutionnalisées. Les requêtes sont analysées comme des revendications des familles à une intervention tierce dans des situations de cohabitation, ou a minima de maintien dans l'environnement, qu'elles jugent intenable. Dans l'hypothèse d'un déport de la charge de soin vers les familles, et donc d'une certaine instrumentalisation des familles dans les politiques de désinstitutionnalisation et de promotion de la psychiatrie communautaire, l'analyse de l'économie morale du soin familial, à partir du compte-rendu de son impossibilité, et de l'appel subséquent à des tiers, permet alors de cerner certains des enjeux de la promotion du modèle communautaire, souvent décrit par les proches (et les intervenants) comme insuffisamment doté.

2.1.2. Données et méthodologie

Le corpus est composé de 121 documents de « requête au Procureur du roi de l'arrondissement de Bruxelles » au titre de l'article 9 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Ces documents ont été retranscrits lors d'une

²¹ En ce sens, l'article 8 de la Recommandation n° R (83) 2 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires stipule que le « le placement doit être d'une durée limitée ».

²² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 3. § 1er.

campagne de récolte de données effectuée au cours des années 2020 et 2021 au service de défense sociale du parquet de Bruxelles.

Deux types de requêtes composent le corpus : des lettres sur papier libre et des requêtes sur le « formulaire-guichet ». Bien que la loi prévoit l'obligation d'adjoindre à la requête un rapport médical circonstancié de moins de 15 jours, une part non négligeable de ces requêtes ne sont pas accompagnées d'un tel document : 38 documents sont accompagnés d'un rapport médical circonstancié recevable au titre de l'article 5, § 2, de la loi susmentionnée, 15 sont accompagnés d'une attestation médicale ne respectant pas les prescriptions légales, et 68 ne sont pas accompagnés d'un tel document²³. Des éléments de preuve et pièce justificatives sont également souvent ajoutés à ces documents (captures d'écran, photographies, témoignages, etc.).

Le traitement du matériau empirique a été réalisé au travers d'une analyse qualitative double : une analyse thématique de contenu et une analyse classificatoire des documents. La première partie de l'analyse a été opérée à l'aide d'un logiciel d'aide à l'analyse qualitative de données (Nvivo). L'analyse thématique de contenu a été réalisée dans une démarche inductive, permettant de respecter la richesse et la disparité des données récoltées tout en dégagant des catégories de sens transversales. Le codage a été réalisé en deux temps successifs. Premièrement, le codage exhaustif et tout à fait inductif des 103 documents a permis l'élaboration d'une première grille d'analyse. Celle-ci a ensuite été retravaillée au cours d'un second codage du matériau, afin de rassembler et de hiérarchiser les nombreux codes dégagés dans le premier temps d'analyse. Une grille d'analyse sur deux niveaux a finalement été dégagée, qui comporte 27 catégories et 123 sous-catégories.

Outre le codage, les documents composant le corpus ont été soumis à un « protocole d'exploitation » particulier, assez proche dans sa forme de celui proposé par Protais (2017) dans son étude historique sur les expertises psychiatriques judiciaires ou de celui mis en place par Fassin (2000) dans son analyse des demandes d'aide d'urgence.

La méthode vise à appliquer un modèle standard d'analyse portant tant sur le fond que sur la forme. Cette analyse repose sur la soumission systématique de chaque document à un *questionnaire* qui en permet la catégorisation générale (en tant que document, non par l'identification de segment de signification) sur une série d'axes d'analyse. J'ai constitué un questionnaire qui reprend 17 variables : (1) rapport requérant·e/malade, (2) cercle requérant·e, (3) destination dominante du danger évoqué, (4) motif de la requête, (5) tonalité de la requête, (6) évocation de la réussite de mesure dans le passé, (7) évocation des échecs de mesures alternatives, (8) énonciateur, (9) ampleur de l'instance requérante présentée à l'appui de la requête, (10) configuration spatiale du trouble, (11) configuration temporelle du trouble, (12) mention d'un passé psychiatrique, (13) format de la requête, (14) type

²³ Ces chiffres doivent être relativisés eu égard à la pratique d'usage bruxelloise qui veut que le parquet, lorsqu'une requête de mise en observation lui est soumise, renvoie systématiquement vers une expertise psychiatrique dans l'un des quatre services d'urgence psychiatrique agréés. Afin de prévenir les risques d'un recours abusif à la mesure, les différents acteurs bruxellois ont en effet institué ce système d'évaluation psychiatrique de première ligne, chargé du *triage* entre les demandes de mise en observation. En pratique, toute demande urgente doit nécessairement passer par l'un des quatre services agréés bruxellois, dont l'avis sera déterminant de la suite des événements. Comme le notent les membres du groupe de travail permanent « psychiatrie » du Conseil national des établissements hospitaliers sur la mesure de mise en observation, ce renvoi permet « d'affiner l'expertise et d'évaluer plus précisément les différents critères de la loi en recherchant sur un mode pluridisciplinaire les alternatives à la mesure de protection » (CNEH, 2014, p. 7). Cette spécificité bruxelloise est le fruit de la concertation entre les différents acteurs institutionnels. Elle implique une coordination centralisée entre les acteurs engagés dans les séquences (police, services psychiatriques, parquet). Concrètement, une ligne téléphonique spécifique, opérationnelle à toute heure du jour et de la nuit, orchestre le dispatching des expertises entre les différents services psychiatriques. Elle porte le nom de « ligne Nixon ». Sur le terrain, le patronyme présidentiel sert dorénavant à qualifier cette procédure.

d'interpellation, (15) décision du parquet, (16) document médical joint à la requête, (17) avis rendu dans le cas d'une expertise. Les résultats dégagés sont mis en relation avec les résultats de l'analyse catégorielle de contenu (méthode taxinomique), ce qui permet d'exploiter toute la richesse des données disponibles, tant des points de vue sémantiques et lexicaux, qu'à partir des formes plus générales d'exploitation des documents. Certaines constituent en outre des variables de contrôle qui permettent de rejeter l'hypothèse de biais dans l'analyse.

3. Formes de la requête : configurations du problème et attentes à l'égard des agences

Sur base de l'analyse articulée du codage thématique et du protocole d'exploitation des documents par questionnaire, on peut faire ressortir quatre *formes élémentaires* de la demande d'hospitalisation contrainte. Chacune des formes regroupe des articulations relativement régulières des registres de problématisation, des grammaires morales, des formes rhétoriques, etc. qui transcendent les expériences et situations particulières dont les requêtes rendent compte. Ils permettent d'identifier quatre *formes* typiques de la requête d'hospitalisation contrainte, qui relèvent de manières de problématiser le trouble, d'imputer des responsabilités, de formuler des attentes normatives et des expressions morales. L'analyse et la typification de ces différentes formes de la requête permet alors de documenter les accrocs des politiques du maintien dans le milieu familial par une mise au jour des « économies morales » du soin, c'est-à-dire essentiellement les modes d'identification des solutions et de distinction des responsabilités entre acteurs privés et acteurs publics.

3.1. Forme 1 : une nécessité essentiellement médicale

Cette forme repose essentiellement sur une problématisation *objective* du trouble et de la situation. Le trouble est appréhendé par le prisme de ses effets concrets et matériels, présentés comme des *faits* plutôt que rendus perceptibles par leurs effets sur les personnes (notamment en termes d'affects et d'émotions). Le mode constatatif est essentiellement employé pour rendre compte de ce *qui arrive* au présent et qui pourrait être constaté par n'importe quel observateur. Le trouble est décrit essentiellement sur base de ses caractéristiques factuelles et *intrinsèques*. En ce sens, la forme 1 ne recourt que très peu à l'inscription du trouble dans des dynamiques spatiales (retranchement, débordement) ou des dynamiques temporelles (empirement, urgence, recommencement, constance). Cela est marqué du point de vue des formes rédactionnelles. Ces requêtes présentent des formes typiques d'objectivation du trouble et de factualisation²⁴ de ses manifestations, à travers la présentation d'éléments présentés comme *indubitablement* psychopathologiques et observables par *n'importe qui*.

Du point de vue formel, on note l'absence d'énonciateur dans une écrasante majorité des requêtes de forme 1, renforçant le mode constatatif : le trouble est présenté comme n'étant lié ni à une position particulière, ni à une connaissance spécifique de la situation ou du malade. Cet effacement de l'énonciateur dans la forme 1 laisse la place à la démonstration des résultats d'une *enquête* médicale²⁵. La dimension « polygraphique²⁶ » de ces requêtes est bien plus faible que dans d'autres formes de requête. Ainsi, la description de l'instance requérante

²⁴ Sur les opérations de « factualisation » qui ne seront pas abordées dans cette communication, on se réfère à Smith (1974 ; 1978), Dulong (1997) et Quéré (2019).

²⁵ Boltanski (1993) montre la tension entre l'expression des affects et des émotions, telle que l'indignation dans son cas d'étude, et la nécessité de description *froide* et *distante* qu'impliquent les opérations de dénonciation, de revendication ou d'inscription de situations particulières dans des catégories de validité large (médicale, juridique, politique).

²⁶ La polygraphie est une modalité énonciative spécifique de certains actes d'écriture, reposant sur le fait que le « sujet de l'énonciation n'est pas confiné à une seule personne » impliquant la « co-présence de plusieurs personnes énonçantes » (Fraenkel, 2007, p. 109). En l'espèce, les procédés polygraphiques reposent dans les requêtes analysés sur la présentation de personnes à l'appui de la requête, la description d'instances requérantes dépassant le sujet rédacteur (la famille, l'immeuble, etc.) ou encore des formes de signature collective.

(la personne ou le collectif qui est présenté comme faisant la demande), est plus rarement collective, moins souvent présentée comme étant d'une ampleur familiale ou communautaire : à peine 30 p.c. des requêtes de forme 1 évoquent la famille ou le réseau. Lorsque des personnes sont convoquées à l'appui de la demande, il s'agit très majoritairement d'intervenants médicaux de manière largement dominante et très supérieure aux autres types de requêtes dans lesquelles sont convoqués plus volontiers des proches, des voisins, des professionnels du contrôle. Les requêtes de forme 1 sont également accompagnées de documents médicaux dans une proportion largement supérieure aux autres types de requêtes : 64,1 p.c. des requêtes de forme 1 sont accompagnées d'un certificat médical recevable dans le cadre de la mesure ou au moins d'une attestation par un médecin, à l'inverse pour les autres requêtes, plus 63,16 p.c. ne sont accompagnées d'aucun document médical. Par hypothèse, il est donc probable que l'accompagnement médical de ces situations soit plus soutenu que celles décrites dans les autres formes de requête. En tout cas, il est très clair que l'exercice même de la requête est plus accompagné du point de vue médical dans les requêtes de la forme 1 que dans les autres. Cela imprime un cadrage particulier aux manières de dire le trouble, le régime de problématisation étant ici essentiellement d'ordre médical. C'est-à-dire qu'il est décrit en se référant à la « santé » de la personne ou à son « état psychique » — par opposition à des qualifications en termes de vulnérabilité, de fragilité, d'incapacité. Lorsque des qualifications non médicales sont mobilisées, ce sont uniquement des qualifications en incapacité qui ressortent : « il ne gère plus bien sa personne » (927 AL 0421) ou « il est incapable de se débrouiller seul » (954 AL 0721). La dangerosité est plus souvent évoquée dans l'ensemble codé sous la forme 1, dans 83,72 p.c. de ce sous-groupe. Celle-ci concerne indifféremment la dangerosité que la personne fautive de trouble fait peser sur elle-même, dans 60,47 p.c. des cas, et celle qu'elle fait peser sur les autres, dans 55,81 p.c. des cas.

Cette forme met très peu en jeu des éléments de (dé) responsabilisation du malade ou de moralisation du trouble. À l'inverse des autres formes, la question de la responsabilité du malade semble ici être complètement évacuée, que ce soit par les formules potentiellement responsabilisantes ou à l'inverse par un travail de justification. Sans doute le cadrage médical plus serré qui opère dans cette forme permet-il de n'avoir pas à traiter la question de la responsabilité individuelle de la personne fautive de trouble²⁷.

3.2. Forme 2 : aide à la famille en souffrance et allègement son fardeau

Deuxième forme de la requête, la forme 2 est un peu moins représentée que la forme 1 au sein du corpus mais reste très importante, représentant un quart du corpus documentaire. Son taux d'« infélicité » est cependant très supérieur à celui de requêtes appartenant à la forme 1 puisque 31,82 p.c. des requêtes sont rejetés immédiatement par le parquet, et qu'au final, 45,45 p.c. des requêtes de cette forme ne débouchent pas sur l'activation d'une mesure. Ce n'était le cas que de 26,47 p.c. des requêtes de forme 1.

Ces requêtes mobilisent des formes énonciatives plus *incarnée*, mettant en avant de manière systématique la présence de l'énonciateur sous la forme du « je » et du « nous », cette dernière étant comparativement aux autres formes de requêtes très représentées. L'instance requérante est le plus souvent décrite comme étant d'ampleur familiale, dans 50 p.c. des cas, ce qui est largement supérieur à l'occurrence d'une telle description dans la forme 1. Lorsque

²⁷ La maladie constituant par hypothèse une justification opposée à la responsabilité individuelle, ce qu'a merveilleusement montré Goffman (1975).

des personnes extérieures à la cellule familiale sont présentées comme soutenant la demande, ce sont plutôt des agents de police.

La question de la dangerosité est moins fréquemment évoquée dans les requêtes qui appartiennent à la forme 2. En revanche, lorsqu'elle est évoquée, elle est essentiellement décrite comme étant à destination d'autrui. En effet, 53,33 p.c. des requêtes évoquent une dangerosité pour autrui (de la personne fautive de trouble vers ses autres) alors qu'à peine 10 p.c. des requêtes évoquent une dangerosité pour soi (de la personne fautive de trouble vers elle-même). La propension à décrire et qualifier le trouble à partir d'un modèle d'intelligibilité médicale est bien plus faible que dans la forme précédente.

Dans la forme 2, la requête est généralement inscrite dans l'historique des mesures passées, de leurs échecs mais surtout de leur succès. Ainsi, on soulignera la stabilisation passée de l'état du fauteur de trouble à la suite d'une hospitalisation, en raison d'un suivi médical ou d'une médication, arrêtés lorsque la requête est adressée au parquet. Le trouble est en ce sens souvent rapporté à l'idée d'une aggravation et de détérioration de l'expérience domestique, au croisement de configurations temporelles marquées par la constance du trouble (biographique et quotidienne) et d'empirement. Ainsi, cet extrait d'une requête assez typique de la forme 2 déposée par le frère du malade, au nom de toute sa famille :

Yacine est malade depuis de nombreuses années mais il était suivi à l'[hôpital bruxellois] et était sous traitement médicamenteux. Cependant, depuis plusieurs mois, il refuse de prendre ses médicaments et son état s'est fortement détérioré. Il vit toujours au domicile familial avec sa mère, son beau-père et son demi-frère. L'ensemble de sa famille a essayé à maintes reprises de le convaincre de reprendre ses médicaments mais il ne veut absolument rien entendre et est persuadé qu'il n'en a pas besoin.

Le problème aujourd'hui, c'est qu'il est fréquemment violent et agressif surtout avec sa mère. Il la menace constamment, la harcèle, l'insulte, ne la laisse pas tranquille en lui interdisant par exemple d'allumer la télé, ou de rester dans le salon, il la chasse des pièces communes de la maison et la force à aller dans sa chambre, tout en la menaçant. (951 AL 0821)

L'arrêt de la médication et du traitement crée le point de rupture, qui enclenche une dynamique d'aggravation, de détérioration ou d'empirement de l'état du fauteur de trouble, mais surtout de la situation familiale. Du point de vue spatial, les requêtes décrivent plutôt des dynamiques de retranchement des personnes malades, de rétrécissement et de contraction des espaces de manifestations du trouble vers des espaces essentiellement privés et domestiques. Dans ce type de requête, on remarque en effet une plus grande propension à décrire la personne fautive de trouble comme *s'enfermant toujours plus dans l'offense*²⁸, fragilisant les places de chacun et minant les ressources disponibles de l'espace domestique²⁹.

Cette forme 2 est caractérisée par trois dimensions qu'il convient d'analyser ici : une expression forte de la part des requérants de sentiments d'asphyxie et d'étouffement ainsi que de désespoir, des justifications de la mesure de dernier recours centrée plutôt sur la crainte et la mise en avant d'anticipation des risques et une surreprésentation des discours de responsabilisation du malade.

²⁸ La formule est de Goffman (1973, p. 325) et semble particulièrement appropriée aux cas d'espèce.

²⁹ On retrouve la caractérisation de ce type de troubles par Goffman (1973) dans *la folie dans la place*, insistant leur « effet désorganisateur sur les "cercles quotidiens" au sein desquels évolue la personne concernée ; en particulier, la cellule familiale, le cercle d'amis, l'environnement de travail, le voisinage et la communauté locale » (p. 314-315).

Premièrement, ce type de requête est très marqué par l'expression d'affects de la part des personnes requérantes. Ces affects, essentiellement négatifs, appartiennent à deux grandes classes : ceux qui expriment les sensations liées à un trouble qui rompt le cours de l'ordinaire et sature progressivement le monde domestique, en capture les membres, et ceux qui expriment l'angoisse et la crainte.

Ces requêtes décrivent le sentiment d'*être pris au piège*, face à un trouble qui ne fait qu'empirer et qui, bien souvent, enserre et ruine la vie quotidienne, la transformant en « enfer » (937 AL 0221) ou en « cauchemar » (954 AL 0721), en une « situation irrespirable » (952 AL 0821), en une « souffrance sans limite » ou en une « prise d'otage » (830 AL 0919). C'est alors essentiellement sous ce mode qu'est décrite l'expérience négative du trouble dans les requêtes de forme 2, en tant qu'elle asphyxie la vie familiale, la prive de la paix et du repos dont elle pourrait être le lieu autrement. Les proches se décrivent sous des modalités particulières dans ce cadre, celles de l'épuisement, du désespoir et du désespoir : « je suis aujourd'hui dépassée et fatiguée » (904 AL 0220), « un de ces quatre c'est nous qui allons craquer » (915 AL 0321), « nous sommes désespérés » (916 AL 0121), « je suis tellement désemparée [...], tellement dépourvue et incomprise » (948 AL 0821), « nous nous sentons vraiment démunis » (952 AL 0821), « nous ne savons plus quoi faire » (954 AL 0721).

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

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

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

Cette question de la crainte et de l'anxiété mène vers la seconde dimension de la forme 2, qui concerne les manières spécifiques de justifier la nécessité d'une intervention auprès du parquet. Si dans la forme 1, celles-ci étaient fondées sur la mise en lumière de la gravité du trouble, soutenue par un travail d'objectivation et d'inscription dans le registre médical, dans la forme 2, la justification de la nécessité d'enclencher une procédure d'hospitalisation contrainte repose plutôt sur des expressions d'anticipation du risque³⁰. Outre la description

³⁰ Invoquer un risque, ce n'est pas la même chose que démontrer un danger. Sans en reprendre l'entière du cadre d'analyse, Luhmann (1993) permet de clarifier la structure de la catégorie du risque en insistant sur sa dimension projective ou anticipatoire, ainsi que sur son lien à la décision humaine. À l'inverse de la catégorie du danger, fondée dans une perspective de l'impondérable, le risque relève d'une anticipation du futur en lien avec une décision (ou une absence de décision) humaine. Cette précision est importante pour comprendre les manières de justifier la nécessité de l'intervention, et plus largement, d'adresser des demandes au parquet.

des caractères asphyxiants et menaçants de l'expérience subjective du trouble, que les requérants savent peut-être insuffisante à fonder une intervention, les requêtes de forme 2 s'appuient sur des expressions d'anticipation des risques, les requérants écrivant « craindre le pire » (903 AL 0220), pointant une « sorte d'escalade qui fait que la situation devient extrêmement préoccupante » (954 AL 0721) ou craignant qu'une absence d'intervention « ne [...] fasse davantage tomber [le malade] dans une dépression inextricable » (813 AL 1019) par exemple.

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

Avec cela viennent les expressions d'une impression de délaissement de la part des institutions, voire d'une rancœur à leur égard, très prégnantes dans la forme 2. C'est une chose assez remarquable dans cet extrait de requête déposée sur papier libre par une sœur :

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

C'est en ce sens que les requêtes de la forme 2 montre un style plus vindicatif et marqué par une certaine indignation à l'égard de ce qui est vécu comme un manque d'aide et d'accompagnement de la famille dans le maintien à domicile.

3.3. Forme 3 : protéger et soutenir la personne

La forme 3 est autant représentée dans le corpus que la forme 2, un peu plus faiblement donc que la forme 1. Elle permet de rendre compte d'un quart des requêtes analysées. Si les formes précédentes pouvaient être caractérisées par le dégagement affectif ou l'expression d'affects négatifs, la forme 3 est marquée pour sa part une autre tonalité, celle de l'inquiétude, énoncée depuis une posture empathique vis-à-vis de la personne fautive de trouble.

Comme dans le cas de la forme précédente, on remarque la prégnance des formes énonciatives en « je » et en « nous », et l'importance de la famille comme instance requérante décrite. Dans un cas sur deux en effet, la requête met en jeu, par une série de processus rédactionnels déjà évoqués, la famille comme étant l'instance qui demande l'intervention.

Du point de vue des configurations temporelles des troubles décrits, on retrouve le même partage que celui de la forme 2 entre la constance du trouble et son aggravation au moment de la rédaction de la requête. Néanmoins, le trouble est moins défini à partir de la sphère domestique, dans des logiques de retranchement et d'emprise sur le foyer. De fait, les troubles se partagent de manière plus équitable entre des configurations spatiales portées vers l'extérieur ou des configurations spatiales portées vers l'intérieur, entre des dynamiques *centrifuges* ou *centripètes* à l'égard de la sphère domestique.

Une forte insistance est généralement faite sur le vécu de la personne fautive de trouble. La requête s'appuie en effet sur la description d'expériences subjectives et l'expression de composantes émotionnelles et affectives, cependant d'un tout autre ordre que dans la forme 2. De fait, l'expérience subjective de la personne fautive de trouble est comparativement bien plus mise en avant dans ce type de requête, en faisant la victime première et centrale des conséquences néfastes du trouble. Ainsi, très schématiquement, à l'expression de la « souffrance sans limite » des proches de la forme 2 (830 AL 0919), tend à répondre la « grande souffrance » de la personne fautive de trouble (940 AL 1020). Si, comme dans la forme 2, les formes énonciatives en « je » et « nous » sont très présentes, bien plus que dans la forme 1, elles servent donc plutôt à exprimer l'empathie et l'apitoiement. En ce sens, l'évocation du danger concerne bien plus largement la personne fautive de trouble, dans 70 p.c. des cas, qu'autrui, dans 40 p.c. des cas, et c'est le « soin » qui est demandé assez majoritairement comme forme d'intervention, non pas la contrainte ou l'hospitalisation.

Le cadrage médical est ici bien moins serré que dans la forme 1 : 76,67 p.c. des requêtes de la forme 3 ne sont d'ailleurs pas accompagnées d'un document médical. Dans les manifestations décrites du trouble, on retrouve bien plus d'évocation de problème de logement, de sans-abrisme, de problèmes d'insertion et de problèmes relationnels que dans les autres formes. Le régime de problématisation du trouble emprunte alors plus à la vulnérabilité, à la fragilité et aux « incapacités de répondre aux attentes liées à la vie active » (Eyraud, 2012) qu'à la maladie *stricto sensu*. Ainsi, les requérants décrivent les personnes fautives de trouble en des termes qui insistent sur le fait que la personne « ne gère plus bien sa personne » (927 AL 0421), qu'elle « est aujourd'hui incapable de prendre sa vie en main toute seule » (949 AL 0821) ou qu'elle « n'est plus capable de se gérer et de rester seul[e] » (868 AL 0318). Le maintien dans l'environnement est parfois rendu problématique en raison des risques qu'il comporte pour la personne fautive de trouble elle-même. Ainsi, on soulignera par exemple que la « fragilité psychologique [de la personne] l'expose pleinement aux dangers de la vie dans la rue, dont la malveillance d'autrui » (907 AL 0616). De même, une requérante, sœur d'une personne fautive de trouble, s'exprimant au nom de sa famille, explique : « nous avons peur qu'il dépense tout son argent et se retrouve à la rue, qu'il se fasse influencer par des personnes qui l'utilisent à mauvais escient » (869 AL 0418). D'autres requêtes expriment le même type de craintes, sous des formes parfois euphémisées, mentionnant un « jugement altéré » (927 AL 0421), la difficulté à faire un « choix réfléchi impliquant une connaissance des conséquences » (818 AL 0320) ou le fait que la personne « ne réalise pas [l'impact de ses décisions] » (949 AL 0821).

Dans les requêtes de forme 3, les proches tendent à caractériser les relations qui les lient à la personne fauteuse de trouble à partir d'une charge affective positive et une insistance sur les liens forts. Cela semble avoir deux conséquences importantes : le souci d'une déresponsabilisation de la personne fauteuse de trouble et l'expression plus forte d'une loyauté à son égard, et donc l'expression d'une plus grande difficulté à demander l'hospitalisation contrainte.

D'une part, il convient de noter l'usage comparativement plus important de « justifications » et de « *sad tales*³¹ » dans la manière de rendre compte du trouble et de présenter la personne fauteuse de trouble. Ainsi, on remarque une série de ces formes d'atténuation *non médicale* de la responsabilité. Par exemple, cette mère qui explique à propos de son fils que « son passage par la justice de la jeunesse l'a plus que traumatisé », ce qu'elle met en lien avec ses « troubles psychiatriques inquiétants » (915 AL 0321). Dans le même sens, on pourra expliquer le trouble en partie par le fait que la personne « n'arrive pas à surmonter le fait d'être en chaise roulante » (830 AL 0919), qu'elle « a eu des stress importants dans le passé » (949 AL 0821) ou le fait que « son changement de comportement était peut-être dû [à ses] fréquentations » (914 AL 0321). Quel est le sens de ces procédés ? On peut vraisemblablement y voir une volonté de déporter la responsabilité du trouble vers des éléments (ou des personnes) extérieurs à la sphère familiale. Partant, la possibilité d'imputer la responsabilité de la situation aux proches, autant qu'à la personne fauteuse de trouble, est largement atténuée, permet d'éviter les reproches et de maintenir la qualité de la relation. En outre, derrière ces opérations se cache également peut-être un souci de rendre le malade *acceptable* par le parquet, ce qui dit quelque chose sur les rapports ordinaires au parquet³² mais aussi, et peut-être plus, de l'intégration par les proches de trouver des places dans le réseau et des modalités volontaires d'admission dans les services³³ — on y revient dans la présentation de la forme 4.

D'autre part, le type de relation d'aidance décrite, et le fait même que ces relations soient décrites, fait émerger une figure de proche particulière, à partir des actions de soutien et de support posées à l'égard du malade, mais aussi d'une plus grande *loyauté* vis-à-vis de celui-ci. On retrouve en ce sens des manières de dire la loyauté vis-à-vis du fauteur de trouble, et des expressions, plus marquées dans cette forme que dans les autres, d'une réticence à faire appel au parquet pour une hospitalisation contrainte. Ainsi, cette lettre d'une mère pour l'hospitalisation de son fils :

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

³¹ Les *sad tales* sont des discours de contextualisation qui visent l'irresponsabilisation individuelle vis-à-vis de certaines conditions dévaluées ou d'un statut dégradé. Ces *sad tales* visent à rétablir la dignité de la personne, malgré les conditions objectives *indignes* (Goffman, 1968 ; Warren, Messinger, 1988).

³² Dans ce cas, on aurait une intégration du cadrage plutôt pénal du parquet, et donc la pénétration de logiques qui visent à atténuer les responsabilités.

³³ Ces hypothèses peuvent être fondées à partir des entretiens que j'ai réalisés avec les proches. Certaines sont développées dans un article à paraître dans la revue *Recherches sociologiques et anthropologiques* (Printz, à paraître).

Enfin, les modes de justification de la nécessité d'une intervention contrainte sont plus centrées sur la démonstration des échecs des solutions alternatives dans cette forme que dans les deux précédentes.

3.4. Forme 4 : logiques résiduelles de charité ?

La forme 4 est moins représentée dans le corpus de données puisqu'elle ne permet de coder moins d'un sixième des lettres disponibles. Les requêtes qui relèvent de cette forme montrent des formes énonciatives essentiellement centrées sur le « je ». Ces requêtes mettent en scène des instances requérantes individuelles, montrant ici sans doute la fragilité du réseau autour des personnes fauteuses de trouble.

Inscrites dans un cadre médical lâche, ces requêtes reposent sur un régime de problématisation qui insiste largement sur des dimensions de désocialisation, de vulnérabilité, et de marginalisation de la personne fauteuse de trouble. Si la configuration temporelle est relativement absente et que sa variance n'est pas significative dans ce groupe, les requêtes de forme 3 montrent en revanche une configuration spatiale dominante, articulée à une dynamique de « débordement³⁴ » et de fuite vers les espaces publics. L'errance et la perte des liens sont ici des manières de dire le trouble, et le dessaisissement des proches. Le danger que court la personne fauteuse de trouble est évoqué dans 88,24 p.c. des cas analysés, le danger qu'elle représente pour autrui l'est en revanche très peu. En ce sens, on notera un fait très marqué dans cette forme de requête, c'est celui de la nécessité de présenter la personne fauteuse de trouble comme une personne bien et qui mérite le soin. Les proches déploient en effet une série de procédés afin de montrer que le fauteur de trouble est un *bon malade*, qu'il « mérite » des soins (836 AL 0819), qu'il n'est « pas méchant » (917 AL 0620), etc. Il semble que ce souci réponde à une certaine intégration des difficultés à faire soigner ou prendre en charge la personne fauteuse de trouble, d'ailleurs exprimée de manière dominante et comparativement supérieure dans ce type de requêtes comme justification de la nécessité d'une intervention. On peut y voir aussi une conscience des proches de la saturation des capacités de prises en charge et des modalités d'accès aux soins difficile, dont le « caractère aléatoire et négocié » a été souligné dans un contexte de manque de ressources et de saturation des services (Walker et al. 2019 b, p. 7). Il s'agit alors de rendre la personne fauteuse de trouble *méritante*, pour induire la *charité* des institutions. Ces requêtes sont, de fait, inscrites dans un registre de la supplique. La tonalité dominante de ces requêtes est de l'ordre de la détresse, renforcée du point de vue formel par certains usages graphiques (majuscule, point d'exclamation, etc.). Ainsi, cette lettre particulièrement typique au sujet du frère de la requérante :

SVP, AIDEZ-MOI À FAIRE SOIGNER MON FRÈRE MALADE MENTALEMENT. Il est ici en Belgique depuis 1999 ; réfugié rwandais traumatisé par la guerre. Il a essayé de s'installer, il a étudié, il a travaillé, mais maintenant il a tout perdu (papier, maison, travail, c'est un clochard à la gare du Nord où il dort la nuit ; il est devenu un FOU qui parle sans arrêt, il a souvent mal à la tête. (824 AL 0720)

³⁴ C'est-à-dire la tendance de certains troubles à une expansion vers des cercles chaque fois plus extérieurs de l'environnement social. Goffman (1973) soulignait en ce sens : « Il est intéressant de remarquer que plus le foyer est troublé, plus grand est le besoin de se transporter dans la vie des amis ; plus le malade s'y transporte, plus ce deuxième cercle, trop pressuré, se ferme, plus il se ferme, plus le malade s'enfuit vers des alliances indécentes et indirectes. De plus, ce qui reste dans un cercle intérieur tend à être aliéné par ce que le malade entreprend dans l'anneau concentrique [suivant] ; et ce qu'il développe là est sapé par ses extravagances dans un cercle plus large. Sa tentative d'expansion réduit ainsi ce qu'il a déjà et exacerbe son besoin de consolider le nouveau cercle. Toutes ces forces travaillant en même temps, il s'ensuit une explosion des rapports. Le malade s'envole vers la communauté » (p. 345).

4. Conclusion

À l'analyse, pour reprendre de manière plus systématique nos résultats, on distingue donc quatre formes typiques de la requête d'hospitalisation contrainte :

La forme 1 articule une problématisation du trouble selon un cadrage médical, mettant en avant son caractère psychopathologique (diagnostic, documents médicaux, etc.), une faible expression des composantes affectives et émotionnelles de l'expérience, un style plus détaché et factuel soutenu par la présentation de l'évidence médicale, le registre dominant des attentes normatives est celui d'une prise en charge médicale de la personne.

La forme 2 articule un cadrage médical bien plus lâche et une problématisation du trouble orientée vers la difficulté de la cohabitation, mettant en avant le délitement de la structure familiale, des composantes émotionnelles marquées par l'étouffement, l'impuissance et la crainte, un style bien plus vindicatif et indigné, le registre dominant des attentes normatives est celui du droit au repos et à la quiétude.

La forme 3 articule une problématisation du trouble à partir de ses effets pour la personne fautive de trouble, mettant en avant la souffrance du fauteur de trouble et sa vulnérabilité, les composantes émotionnelles dominantes sont l'inquiétude et l'empathie, le style est plus ému, le registre dominant des attentes normatives est celui de la protection de la personne.

La forme 4 articule une problématisation du trouble comme détresse, mettant en avant la marginalisation et la désocialisation de la personne fautive de trouble, la charité et la supplique sont centrale dans ces requêtes, le style est plus implorant et le registre dominant des attentes normatives est celui d'une aide charitable.

	Forme n. 1	Forme n. 2	Forme n. 3	Forme n.4
Registre de problématisation	cadrage médical, caractère pathologique	difficulté de la cohabitation, délitement de la structure familiale	souffrance du « fauteur de trouble »	détresse, désocialisation
Composantes affectives et émotionnelles exprimées	faible expression des composantes affectives et émotionnelles	étouffement, impuissance, crainte	inquiétude	dessaisissement, dépossession
Style	détaché et factuel	vindicatif	ému	supplique
Expression morale dominante	évidence médicale	irritation, indignation	souci, empathie	mansuétude
Demande dominante exprimée	prise en charge médicale de la personne	droit au repos et à la quiétude des « autres »	protection de la personne vulnérable	aide charitable

Quelles conclusions peut-on tirer de ce travail ? Il semble nécessaire de problématiser l'écart entre le cadre réglementaire (cadre légal et organisation des soins) qui organise le dispositif de l'hospitalisation contrainte et les usages *ordinaires* de celui-ci, quelle que soit leur *félicité*. Dans cet écart réside en effet certains des enjeux centraux de l'hypothèse de la familialisation des politiques psychiatriques à l'heure de la désinstitutionnalisation et de la

juridicisation. Les requêtes analysées concernent un type particulier de souffrance, celle dont leurs auteurs considèrent qu'elles auraient pu être évitées et pour lesquelles apparaît légitime de chercher un responsable » (Boltanski, 1993, p. 104), et qui sont donc constituées comme ayant une portée morale et politique. Si les requêtes de la forme 1 montrent une forte adéquation avec le cadre réglementaire et le programme d'action du dispositif de la mise en observation, il n'en est pas de même pour les trois autres formes de requêtes – dont le taux d'infélicité du point de vue des requérants (c.-à-d. la décision du parquet de ne pas donner de suite favorable à la requête) est d'ailleurs bien plus important, d'au moins 53,13 p.c. contre 26,47 p.c. pour les requêtes de forme 1. Pourtant, les problématiques qui y sont exposées et les demandes qui y sont formulées correspondent à des modalités de l'expérience familiale du maintien dans la communauté, et les expressions morales et politiques qui y sont produites ne peuvent être balayées. Cela d'autant plus que les requêtes appartenant à ces trois dernières formes composent près des deux tiers du corpus documentaire, bien que la question ne soit évidemment pas tant d'ordre quantitatif que de celle de l'identification de segments de l'économie morale du soin familial qui entrent en confrontation claire avec les modes d'organisation formelle des prises en charge psychiatriques.

Les formes 2, 3 et 4 des requêtes expriment donc des demandes liées à des expériences familiales spécifiques du trouble qui peuvent finalement être ramenées sur deux modalités centrales³⁵ : l'irritation (asphyxie, désespoir, crainte) et le souci (inquiétude, empathie, détresse).

La première mène les familles à refuser (partiellement) leur enrôlement en tant qu'aidants principaux, et à revendiquer un soutien de la part des institutions pour alléger le *fardeau* de la cohabitation ou du maintien dans l'environnement. L'indignation, et souvent le ressentiment, qu'ils expriment montrent toute l'ampleur du délaissement et de l'abandon institutionnel dont ils s'estiment victimes, *laissés* à eux-mêmes face à des problèmes qu'ils considèrent devoir être pris en charge de manière plus collective et sociale.

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

Ces autres formes de la requête permettent donc une première approche des *failles* du système des protections psychiatriques et psychosociale sous le modèle communautaire, du point de vue des proches issus des environnements familiaux, acteurs centraux et pourtant se considérant souvent marginalisés, de l'organisation des soins et de l'accompagnement des vulnérabilités psychiques.

³⁵ La forme 4 peut en effet de ce point de vue être considérée comme une variation *extrême* et inscrite dans des rapports très spécifiques aux institutions et aux droits, de la forme 3.

5. Références bibliographiques

- Ailam, L., Rchidi, M., Tortelli, A., & Skurnik, N. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(6), 455-458.
- Austin, J. L. (1970). *Quand dire c'est faire*. Éditions du Seuil.
- Bachrach, L. L. (1980). Overview: Model programs for chronic mental patients. *The American Journal of Psychiatry*, 137(9), 1023-1031.
- Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.-S., & Moreau, D. (2015). « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences Sociales et Santé*, 33(3), 5-14.
- Berger, M. (2020). Locked together screaming. Une assemblée municipale américaine enfermée dans l'offense. In L. Kaufmann & L. Quéré (Éds.), *Les émotions collectives : En quête d'un « objet » impossible* (p. 381-417). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Blum, P., Minoc, J., & Weber, F. (2015). Familles en danger ? Psychiatrie, hébergement familial et vulnérabilité. *Informations sociales*, n° 188(2), 68-75.
- Boltanski, L. (1993). *La Souffrance à distance*. Éditions Métailié.
- Boyd, S. B. (1997). *Challenging the Public/Private Divide: Feminism, Law, and Public Policy*. University of Toronto Press.
- Bungener, M. (1987). Logique et statut de la production familiale de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 5(2), 45-59.
- Bungener, M. (1995). *Trajectoires brisées : familles captives de la maladie mentale à domicile*. Paris: Inserm.
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : La relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences Sociales et Santé*, 19(1), 79-106.
- Castel, R. (2011). *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse* (Rééd.). Ed. de Minuit.
- Cefaï, D., & Terzi, C. (2012). Micro-politique du trouble. Du trouble personnel au problème public. Note introductive des traducteurs. In D. Cefaï & C. Terzi (Éds.), *L'expérience des problèmes publics* (p. 51-55). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Chapireau, F. (2021). La désinstitutionnalisation psychiatrique : Définitions, usages de la notion, et questions de méthode. *L'information psychiatrique*, 97(1), 39-43.
- CNEH. (2014). *Remarques concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux*.
- De Munck, J., Genard, J.-L., Olgierd, K., Vrancken, D., Delgoffe, D., Donnay, J.-Y., Moucheron, M., & Macquet, C. (2003). *Santé mentale et citoyenneté : Les mutations d'un champ de l'action publique*. Academia Press.

- Dulong, R. (1997). Les opérateurs de factualité. Les ingrédients matériels et affectuels de l'évidence historique. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 10(39), 65-85.
- Emerson, R. (2015). *Everyday Troubles – The MicroPolitics of Interpersonal Conflict*. University of Chicago Press.
- Emerson, R. M. (1981). On Last Resorts. *American Journal of Sociology*, 87(1), 1-22.
- Emerson, R. M. (2008). Responding to Roommate Troubles: Reconsidering Informal Dyadic Control. *Law & Society Review*, 42(3), 483-512.
- Emerson, R. M. (2011). From Normal Conflict to Normative Deviance: The Micro-Politics of Trouble in Close Relationships. *Journal of Contemporary Ethnography*, 40(1), 3-38.
- Emerson, R. M., & Messinger, S. L. (1977). The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems*, 25(2), 121-134.
- Estroff, S. E. (1981). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. University of California Press.
- Ewald, F. (1987). Justice, Equality, Judgement: On "Social Justice". In G. Teubner, *Juridification of Social Spheres : A Comparative Analysis in the Areas of Labor, Corporate, Antitrust and Social Welfare Law* (de Gruyter, p. 49-90).
- Eyraud, B. (2012). *Protéger et rendre capable : La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*. Érès éd.
- Eyraud, B. (2021). Capacity Trajectory in the Context of Dementia: A Case of Exercising Rights in Troubled Civil Life. *Culture, Medicine, and Psychiatry*.
- Fassin, D. (2000). La Supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55(5), 953-981.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1235-1266.
- Fraenkel, B. (2007). Actes d'écriture : Quand écrire c'est faire. *Langage et société*, 121-122(3-4), 101-112.
- Friedman, L. M. (1986). Legal Culture and the Welfare State. In G. Teubner, *Dilemmas of Law in the Welfare State* (p. 13-27). de Gruyter.
- Gillardin, J. (1994). Les droits de l'Homme, fondements de la loi du 26 juin 1990. In G. Benoit, I. Brandon, & J. Gillardin, *Malades mentaux et incapables majeurs : Emergence d'un nouveau statut civil* (p. 13-25). Facultés universitaires Saint-Louis.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *Les Relations en public. La mise en scène de la vie quotidienne II*. Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*. (A. Kihm, Trad.). Éditions de Minuit.

- Gusfield, J. R. (2012). Significations disputées. Contester la propriété et l'autorité des problèmes sociaux. In D. Cefaï & C. Terzi (Éds.), *L'expérience des problèmes publics* (p. 113-132). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Heller, A. (2016). Rights, Modernity, Democracy. In D. Cornell, M. Rosenfeld, & D. G. Carlson, *Deconstruction and the Possibility of Justice*. Routledge.
- Hollingsworth, E. J. (1992). Falling Through the Cracks: Care of the Chronically Mentally Ill in the United States, Germany, and the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17(4), 899-928.
- Holstein, J. A. (1987). « Mental Illness Assumptions in Civil Commitment Proceedings ». *Journal of Contemporary Ethnography* 16(2):147-75.
- Holstein, J. A. (1988). Studying Family Usage: Family Image and Discourse in Mental Hospitalization Decisions. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(3), 261-284.
- Joseph, I. (1998). *La ville sans qualités*. Editions de l'Aube.
- Kovess-Masféty, V., & Villani, M. (2019). Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales. *Revue française des affaires sociales*, 1, 55-74.
- Kuty, O. (1977). Le paradigme de négociation. *Sociologie du travail*, 19(2), 157-175.
- Lézé, S. (2008). Déviance émotionnelle et micropolitique du trouble. Eléments pour une théorie de l'autorité charismatique en psychanalyse. In G. Mauger, J. L. Moreno Pestaña, & M. Roca i Escoda, *Normes, déviances, insertions*. Seismo.
- Lovell, A. M. (1996). *Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs »*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Luhmann, N. (1993). *Risk: A sociological theory*. de Gruyter.
- Majerus, B. (2018). La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970? In M.-C. Thifault, H. Guillemain, & A. Klein (Éds.), *Fin de l'asile ? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (p. 143-155). PUR.
- Marquis, N., & Susswein, R. (s. d.). « Rétablir par le réseau ». *Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy107 » (Belgique)*.
- McSherry, B., & Weller, P. (Éds.). (2010). *Rethinking rights-based mental health laws*. Hart Pub.
- Printz, A. (2021a). Psychiatrie hors les murs et signalement des citoyens. *Les Politiques Sociales*, N° 1-2(1), 128-139.
- Printz, A. (2021b). Le droit au lieu de vie au carrefour de la maladie mentale et de la précarité sociale : Chronique d'une hospitalisation sociale. *L'accès au lieu de vie comme droit : entre institutionnalisation et désinstitutionnalisation*. Confcap 2021 (2-3 juillet), Lyon. <https://docplayer.fr/212608558-Axe-2-l-acces-au-lieu-de-vie-comme-droit-entre-institutionnalisation-et-desinstitutionnalisation.html>
- Printz, A. (2023). L'enrôlement des proches dans les systèmes de santé mentale. In Z. Evrard & D. Piron, *Néolibéralisme(s) en Belgique*. Academia.

- Printz, A. (à paraître). « Le « traitement » des personnes malades mentales à l'heure de la désinstitutionnalisation. Participation institutionnelle et enrôlement des proches. » *Recherches sociologiques et anthropologiques [En ligne]*.
- Protais, C. (2017). *Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale, 1950-2009*. Éditions EHESS.
- Quéré, L. (2019). Les régimes de problématicité de l'évènement. In L. Amiotte-Suchet (Éd.), *L'évènement (im)prévisible* (p. 27-46). Beauchesne.
- Rutman, I. D. (1981). *Planning for Deinstitutionalization: A Review of Principles, Methods, and Applications*. The Project.
- Smith, D. E. (1974). The Social Construction of Documentary Reality. *Sociological Inquiry*, 44(4), 257-268.
- Smith, D. E. (1978). 'K is Mentally Ill' the Anatomy of a Factual Account. *Sociology*, 12(1), 23-53.
- Spector, M., & Kitsuse, J. I. (1973). Social Problems: A Re-Formulation. *Social Problems*, 21(2), 145-159.
- Tartour, T., & Robicquet, P. (2020). « Psychiatrie : organisation et continuité des soins à l'heure du confinement | Sciences Po CSO - Centre de sociologie des organisations ». Consulté 12 janvier 2023 (<https://www.sciencespo.fr/cso/fr/content/psychiatrie-organisation-et-continuite-des-soins-lheure-du-confinement.html>).
- Thompson, E. P. (2013). Économie morale de la foule. In J.-P. Minio (Trad.), *La question morale* (p. 311-316). Presses Universitaires de France.
- Thunus, S. (2015). *The System for Addressing Personal Problems. From Medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Mental Health and Psychiatric Institutions* [University of Liège].
- Thunus, S., & Lorquet, N. (2014). *Au cœur de la réforme des soins de santé mentale en Belgique : Les coordinateurs de réseau*. 18.
- Van de Kerchove, M. (1985). La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : De quel droit ? In J. Gillardin (Éd.), *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit ?* (p. 15-31). Presses de l'Université Saint-Louis.
- Van de Kerchove, M. (1994). La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les principales étapes d'une réforme. In G. Benoit, I. Brandon, & J. Gillardin (Éds.), *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil* (p. 25-39). Facultés universitaires Saint-Louis.
- Walker, C., Nicaise, P., & Thunus, S. (2019a). *Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Synthèse du rapport*. (p. 15). Observatoire de la Santé et du Social.
- Walker, C., Nicaise, P., & Thunus, S. (2019b). *Parcours.Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*.

Warren, C. A. B., & Messinger, S. L. (1988). Sad Tales in Institutions: A Study in the Microsociology of Knowledge. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2), 164-182.