Université catholique de Louvain
Faculté des sciences économiques, sociales et politiques
Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines

La part des autres

Enquête sociologique sur les régulations familiales et juridiques des troubles psychiques

Antoine PRINTZ

Thèse présentée en vue de
l'obtention du grade de docteur
en sciences politiques et
sociales

Année académique 2024-2025

Composition du jury de thèse :

Prof. Jean De Munck (UCLouvain), promoteur et secrétaire du jury
Prof. Mathieu Berger (UCLouvain), co-promoteur
Prof. Sophie Thunus (UCLouvain), présidente du jury
Prof. Frédéric Schoenaers (Université de Liège)
Prof. Benoit Eyraud (Université de Lyon, CNRS, France)
Dr. Carole Gayet-Viaud (CNRS-CESDIP, EHESS, France)

Cette recherche a reçu le soutien du Fonds Spécial de la Recherche (FSR) et du Fonds de la Recherche Scientifique – FNRS.
Elle a largement bénéficié de l'accueil de l'Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati et du Centre d'étude des mouvements sociaux (EHESS/CNRS).

REMERCIEMENTS

Au moment d'écrire ces remerciements, je mesure à quel point le travail de thèse (particulièrement quand il fût long comme le mien le fût) se déploie au sein de relations singulières, de supports collectifs et d'interdépendances. Ce parcours n'aurait pu avoir lieu, et son résultat voir le jour, sans le soutien d'énormément de gens, de cercles, d'équipes et d'institutions. *Nulle somme n'est une île.* C'est à cette infinité de personnes que je veux adresser mes remerciements — en espérant qu'elles me pardonneront un éventuel oubli dans ces pages.

Merci tout d'abord à celles et ceux dont j'ai fait la rencontre sur mes différents terrains, qui m'ont fait la confiance de partager leur expérience, bien souvent difficile. Ces personnes qui ont fait l'expérience de la psychiatrie, et leurs proches, qui m'ont permis d'apprendre beaucoup, et je l'espère, de produire un travail à la hauteur de leurs attentes légitimes.

Merci également aux professionnelles et professionnels qui m'ont accueilli dans leurs services hospitaliers, dans leurs centres de santé mentale, dans leurs audiences judiciaires ou au parquet de Bruxelles — votre hospitalité et votre aide ont été précieuses. Merci en particulier à Gérald Deschietere, Youri Caels, Kristine Hänsch et Hajar Laghmiche.

Je tiens à remercier Jean De Munck qui a accompagné ma formation, en tant que professeur captivant et promoteur soutenant : merci d'avoir accompagné ce long processus, avec patience, attention et empathie, particulièrement dans les moments de doute ou de renoncement. Merci de m'avoir laissé le temps et de m'avoir fait confiance tout du long.

Je tiens aussi à remercier Mathieu Berger, sans qui je n'aurais sans doute pas pu faire de la recherche. Merci de m'avoir fait

confiance, de m'avoir lancé dans le bain académique et d'avoir été là depuis.

Merci également à Frédéric Schoenaers, membre de mon comité d'accompagnement, pour le soutien, les conseils avisés et les mots d'encouragement chaque fois réitérés lors de nos réunions.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté d'y participer, de me lire et de me discuter : Carole Gayet-Viaud, Benoît Eyraud et Sophie Thunus. Vos commentaires et vos mots chaleureux, votre rencontre et votre aide ont été des moments significatifs au cours de mon travail.

Je tiens également à remercier mes professeures et professeurs, ainsi que l'ensemble des chercheuses et chercheurs d'exception que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ces dernières années, dont le soutien, l'aide et l'amitié m'ont été plus que nécessaire : Louise Carlier, évidemment, ainsi que Nicolas Dodier, Emmanuelle Bernheim, Nicolas marquis, Benoît Bastard, Marie Derrien, Anne Baudaux, Silvia Mesturini, Audrey-Anne Dumais Michaud. Merci à toutes et tous de m'avoir donné le goût, l'envie et, je l'espère, un peu de la manière.

Merci à mes collègues d'avoir rendu ce parcours plein d'intelligence et de finesse, mais aussi de solidarité, de joie et d'amitié. Mes camarades louvanistes Amélie Anciaux et Olivier Struelens, pour m'avoir fait découvrir que la vie de bureau pouvait être joyeuse, Jiaqi Zhu, Lionel Remy, Tom Duterme, Matthias Rosenzweig, Joseph Vaessen et Alice Tilman aussi, pour les discussions, l'entraide et le partage. Les Bruxelloises, si précieuses : Louise Carlier, Anna Ternon et Marie Trossat, pour avoir créé ces espaces de complicité qui, je l'espère, dureront, Sara Cesari, Sarah Van Hollebeke et Marine Declève, parce que

sans vous, tout ça aurait été bien moins gai, bien moins intéressant. Vous avez rendu les après-midi moins longues.

Merci aussi, infiniment, à Tonya Tartour, Chiara Collamati et Naomi Mutolo.

Merci aux copains et copines d'ARCH, ceux et celles du groupe de recherche sur le(s) néolibéralisme(s) en Belgique, aux membres du groupe de contact « sociologie du droit », et à celles et ceux du GT Santé. Merci à toutes les personnes captivantes rencontrées au sein du CriDIS, du Metrolab, du CEMS, de l'ISP, de la CMR CAPDROITS, et de l'IISJ.

Merci à Caryse Courteville, pour son soutien et sa disponibilité tout du long.

Sortant de l'université, je me rends compte qu'il me faut remercier encore plus de personnes.

À ma minuscule, mais si tendre famille, cette clique farfelue qui me remplit de joie et de fierté. Merci d'être là, avec tant d'esprit et d'humour — c'est quand même mieux la vie avec vous.

Enfin, je veux remercier l'ensemble des personnes qui ont été là, partenaires, alliées et alliés, et bien souvent amies et amis. Toutes ces personnes qui ont montré de l'intérêt quand moi-même je n'en voyais pas ou trop peu, qui m'ont soutenu, encouragé. Ces personnes qui m'ont supporté (dans les divers sens du terme). Celles qui m'ont fait le cadeau d'une relecture ou d'une discussion sur ces questions qui m'habitent depuis longtemps. Celles qui me font bien souvent le cadeau d'être là, encore et aussi, en dehors de ce long travail.

Merci d'avoir participé à cet énorme travail de relecture (vous êtes bien plus que des relectrices et relecteurs) : Catherine Joie, Adrien Heylen, Alissa Maestracci, David Noblet, Clémentine Gomez, Hadrien Bruaux, Mouna Guidiri, Ana Daniela Dresler, Nicolas Bocquet, Giorgia Gasperini, Chloé Dion, Jacques

Henno, Nagib Chtaib, Brieuc Libert, Charlotte Sine, Julien Lecomte, Justine Vande Walle, Léa Romagny, Lou Musso, Erim Acikgoz, Vincent Caillé, Manon Lesoile, Alexandre Baguette, Jean-Baptiste Farcy, Yaëlle Vanheuverzwijn, Balthazar de Robiano, Justine Okolodkoff, Marine Quennehen et Katharina Seeber,. Merci d'avoir été là, de m'avoir offert des lieux et des moments propices au travail et à la concentration, mais aussi au répit, à la complicité et à la légèreté. Pour tout ça, merci aussi à : Louis Mayes et sa famille, Rafaela Zambra Alvarez, Juliette Paume, Amaranta Aranda, Lucille Streicher, Nicolas Lahaut, Damien Libert, Camille Delefortrie, Camille Hallet, June, Sarah Bellet, Charlie Dupperon, Aymeric de Fraipont, Cécilia Karelidze, Corentin Mathy, les camarades du Pic de la Garde, Colette, le Chardon magique, Emma et John, Christian, Marceline et mes chers collègues d'IGE.

À toutes celles et ceux que j'oublie dans ces pages, mais dont le soutien a été central.

Sans vous la thèse n'aurait pas été la même ; sans la plupart d'entre vous surtout, la vie ne serait pas la même.

À Sophie enfin, évidemment et avant tout, malgré le temps et ses coups (d'avoir rendu le parcours si beau, si drôle et si doux, parsemé de superhéros sucrés et de carte son défectueuse).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... **III**
TABLE DES MATIÈRES ..... **VII**
INTRODUCTION. EN APPRENDRE PLUS SUR LA QUESTION: CADRE D'ANALYSE, ENJEUX DE MÉTHODE **11**
0.1. CADRE ANALYTIQUE : HISTOIRE NATURELLE ET MICRO-POLITIQUE 17
0.1.1. Trouble, maladie mentale et prise en charge 20
0.1.2. Une « histoire naturelle » de la transformation des troubles en maladie mentale 24
0.1.3. « Tous les foutus étages » de la sociologie : articulation des échelles sociologiques et pragmatisme 28
0.2. ENJEUX METHODOLOGIQUES : COMPTES-RENDUS 35
0.2.1. Se baser sur les comptes-rendus des personnes 39
0.2.2. Rationalisation a posteriori 42
0.2.3. Sélection et partialité 46
0.3. PLAN DE LA THESE 49
1. DE LA RÉGULATION : CADRES THÉORIQUES POUR INVESTIGUER LES RÉPONSES SOCIALES À DES TROUBLES EXTRAORDINAIRES À DIFFÉRENTES ÉCHELLES **55**
1.1. DES ENJEUX THEORIQUES 59
1.1.1. Dépasser le contrôle social ? 59
1.1.1.1. Conceptions classiques, conceptions critiques 59
1.1.1.2. Pouvoir et construction de la réalité 62
1.2. UN MODELE GENERAL : LA REGULATION 65
1.2.1. Des mécanismes engagés dans la reproduction sociale 67
1.2.2. La question de l'intentionnalité : lien vers la perspective des problèmes publics 70
1.2.2.1. Intentionnalité et problèmes sociaux 72
1.2.2.2. Identification d'un objet problématique 75
1.2.3. Régulation spécifique et modes de régulation 76
1.2.3.1. Une forme nominale : résultat et processus 77
1.2.3.2. La « régulation » et le « mode de régulation » 78
1.2.4. Articulation entre les échelles et les niveaux de la réalité sociale 82
1.3. UNE RÉGULATION FAMILIALE : JURIDICISATION + DÉSINSTITUTIONNALISATION = FAMILIALISATION ? 88
1.4. CONCLUSION 98

2. AU COMMENCEMENT ÉTAIT LE TROUBLE : LA PROBLÉMATISATION PSYCHIATRIQUE COMME DÉTERMINATION DE RESPONSABILITÉS DU FAIT ET DE FAIRE 103
2.1. NOMMER LES PROBLEMES : DES DIFFICULTES DE CONSTRUIRE L'OBJET DE LA REGULATION 108
2.2. LA « QUESTION PSYCHIQUE » 110
2.2.1. Une forme syntagmatique commune 110
2.2.2. L'émergence d'un espace de questionnement social ... 112
2.2.3. Un segment particulier de la question sociale ? 115
2.3. L'APPUI SUR LES PROBLEMATISATIONS DU MONDE SOCIAL : NEGATIVITE ET TROUBLE 119
2.3.1. Le « trouble » et ses « autres » 120
2.3.1.1. Matérialité des symptômes et ravage : le trouble 124
2.3.1.2. La problématisation des troubles 126
2.3.2. Inférer : imputer la responsabilité causale des faits 130
2.3.2.1. Coûts de la responsabilité morbide des faits 134
2.3.2.2. Promesse et curabilité : intéressement des personnes affectées 136
2.3.3. Impliquer : imputer la responsabilité de faire 141
2.3.3.1. Familialisation : vers une régulation familiale de la question psychique ? 152
2.3.3.2. Penser la participation familiale 153
2.3.3.3. Travail, contrainte et fardeau 156
2.4. CONCLUSION 159
3. MICRO-POLITIQUES FAMILIALES : REMÉDIER AU TROUBLE DANS DES ESPACES PRIVÉS 163
3.1. UNE POLITIQUE INTERPERSONNELLE 167
3.1.1. Collusion, surveillance et inférence 172
3.1.1.1. Coalitions et collusions 173
3.1.1.2. Un cas de collusion : Jules et ses autres 174
3.1.2. Faire quelque chose pour défaire le trouble : l'échelonnement des réponses et des interprétations 180
3.1.2.1. Échelonnement des réponses et des interprétations 181
3.1.2.2. Sensations diffuses et premières hypothèses 184
3.1.2.3. Ajustements et réponses bilatérales 187
3.1.2.4. Persistance du trouble et hypothèse de maladie mentale 189
3.2. LUTTES DEFINITIONNELLES : OPPORTUNITE ET LEGITIMITE DES SOLUTIONS 197
3.2.1. Coalition et luttes de définition 199
3.2.2. Modèle multipolaire 200
3.2.2.1. Diverses versions : problématisations du trouble 201

3.2.2.2. Reprise médicale et subsistance des versions alternatives... 208
3.2.2.3. Sortie d'hospitalisation, réhospitalisation 211
3.3. CONCLUSION.....216
4. L'IRRITATION ET LE SOUCI : MOTIFS D'ENGAGEMENT FAMILIAL DANS LES MICRO-POLITIQUES 219
4.1. LE SOUCI POUR LA PERSONNE : PROCESSUS D'INDIVIDUALISATION NEGATIVE ET SUPPORT FAMILIAUX.....223
4.2. SOUTENIR, UNE AUTRE FACE DE LA MICRO-POLITIQUE FAMILIALE.....226
4.2.1. L'état de malade mental : transposition inter-situationnelle.....228
4.2.2. Postuler le détachement vis-à-vis de l'ensemble du social 230
4.3. L'ENGAGEMENT VIS-A-VIS DE LA SOCIETE : ETRE UN INDIVIDU, CAPABLE ET AUTONOME.....233
4.3.1. La micro-politique à partir du souci : les supports familiaux 234
4.3.2. Comment être un individu ?.....235
4.3.3. Trajectoires individuelles et protection sociale 236
4.3.4. Soutien familial 237
4.4. L'IDEOLOGIE SECTORIELLE DE LA FAMILLE.....239
4.4.1. L'idéologie de la famille 242
4.4.2. Responsabilité familiale et solution préférée 244
4.4.3. Dimensions émotionnelles de l'idéologie de la famille : angoisse et culpabilité 248
4.4.3.1. Inquiétude et angoisse : enclencher le traitement pour contrer l'inquiétude.....249
4.4.3.2. Culpabilité : faute et trahison.....252
5. LA DÉCOUVERTE DES DROITS DANS LES RELATIONS TROUBLÉES : INDIVIDUALISME POSSESSIF ET LUTTES DÉFINITIONNELLES 257
5.1. DROIT PSYCHIATRIQUE : SAISIR LA PERSONNE A PARTIR DE SES DROITS.....263
5.1.1. La loi du 26 juin 1990 : protection de la personne des malades mentaux.....265
5.1.2. Loi du 22 août 2002 : droits du patient et souveraineté individuelle.....268
5.2. COMMENT LE DROIT OPERE-T-IL DANS L'ACTION SOCIALE ?.. 271
5.2.1. Approche constitutive du droit.....272
5.2.1.1. Une dimension de la relation.....273

5.2.1.2. Le droit comme potentialité de la relation entre des « personnes naturelles » 275
5.2.2. La « découverte » du droit : l'importance des intermédiaires 278
5.3. DECOUVRIR LES COORDONNEES LEGALES DES SITUATIONS : DEFINITIONS, OPPORTUNITE ET LEGITIMITE DES REPONSES....282
5.3.1. Droit de définition, pouvoir de définition 283
5.3.2. « Tes états d'âme Éric » : reprise conceptuelle de la trajectoire d'un cas 287
5.3.2.1. « Tu surfes entre ces récifs » : la présomption de capacité à l'épreuve du trouble....290
Déviance émotionnelle....291
Donner le change et réparer les offenses : maintenir le trouble en mode mineur 295
Soutenir : maintenir le trouble en mode mineur....299
5.3.2.2. « Tu divagues » : logique de débordement et consolidation des définitions du trouble....301
5.3.2.3. « De vague à l'âme en lame de fond » : la recherche d'une intervention consentie 304
5.3.2.4. « Quand tout s'enflamme » : Plaintes et requêtes pour une intervention formelle....313
5.3.2.5. « Des lassos qui tournoient et s'entrelacent » : refus de soin et hospitalisation contrainte....319
5.4. CONCLUSION....323
6. LA REQUÊTE D'UN « RENVERSEMENT NORMATIF » ET SES FORMES : L'INTERVENTION MÉDICALE, L'APAISEMENT DE LA FAMILLE ET LA PROTECTION DE L'INDIVIDU 329
6.1. UN « DERNIER RECOURS » COMME COMMENCEMENT : LA REQUETE COMME POINT DE PASSAGE ENTRE L'EXPERIENCE ORDINAIRE ET LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE....336
6.1.1. Dimensions légales : l'hospitalisation contrainte comme dernier recours 339
6.1.2. Le « renversement normatif » : des solutions normales à une solution extrême 342
6.2. ACTES D'ECRITURES ET DIMENSIONS OBJECTIVES DES REQUETES....344
6.2.1. Les dimensions objectives et matérielles de la requête 345
6.2.2. Origine de la requête : rapport du requérant à la personne fauteuse de trouble, cercle d'appartenance et ampleur de l'instance requérante....350

6.3. METTRE LE TROUBLE EN RECIT : CONFIGURATION TEMPORELLE ET ECOLOGIQUE 362
6.3.1. Dynamiques temporelles du trouble 366
6.3.1.1. Empirement 367
6.3.1.2. Rupture 368
6.3.1.3. Constance 370
6.3.1.4. Recommencement 372
6.3.2. Dynamiques écologiques du trouble 373
6.3.2.1. Débordement 374
6.3.2.2. Retranchement 382
6.3.3. Mesures alternatives, (in) succès des remèdes et passé psychiatrique 385
6.4. RENDRE COMPTE DES MANIFESTATIONS DU TROUBLE, L'INSCRIRE DANS LE CADRE LEGAL 391
6.4.1. Opération de factualisation 399
6.4.1.1. Usages rhétoriques et formes langagières 401
6.4.1.2. Témoignages oculaires et attestation 402
6.4.1.3. Dispositifs institués : documents, archives, captures 407
6.4.2. Montrer le problème : structure de contraste et structure de cumulativité 417
6.4.2.1. Structure de contraste 422
6.4.2.2. Structure de cumulativité 429
6.4.3. Évoquer la dangerosité 434
6.4.3.1. Dangerosité pour soi 435
6.4.3.2. Dangerosité pour autrui 442
6.4.3.3. Dangerosité pour soi et pour autrui 445
6.5. REQUERIR UNE INTERVENTION : IMPLIQUER DES ATTENTES NORMATIVES 447
6.5.1. Tonalité 447
6.5.2. Motif de la requête 451
6.6. FORMES DE LA REQUETE : FORMULATIONS D'ATTENTES A L'EGARD DES AGENCES 453
6.6.1. Forme 1 : une nécessité essentiellement médicale 454
6.6.2. Forme 2 : aide à la famille en souffrance et allégement son fardeau 457
6.6.3. Forme 3 : protéger et soutenir la personne 464
6.6.4. Heurs et malheurs de la familialisation, la requête et la dimension politique de l'irritation et du souci des proches ... 470
6.7. CONCLUSION 474
7. DE PERSONNE FAUTEUSE DE TROUBLE À PERSONNE MALADE MENTALE À PROTÉGER : ETHNOGRAPHIER LA QUALIFICATION 477
7.1. LE TRIBUNAL COMME LIEU DE LA QUALIFICATION 480
7.1.1. La qualification comme problématisation 481

7.1.2. Le choix de l'ethnographie pour observer la formation du tribunal 485
7.1.3. La formation du tribunal 492
7.1.3.1. La salle au fond du couloir : dimensions sémiotiques et affectuelles de l'audience ?....493
7.1.3.2. Une configuration spatiale et relationnelle de l'audience ?... 497
7.1.3.3. Des conditions préqualifiantes....499
7.2. L'AUDIENCE DE MISE EN OBSERVATION : UN SCRIPT COMMUN POUR LA QUALIFICATION....501
7.2.1. « La parole est au psychiatre » : le cas à juger sous description médicale....503
7.2.1.1. Deux types de demandes adressées à l'audience....503
Levée judiciaire....503
Demander la confirmation de la mesure....508
7.2.1.2. Le cas sous description médicale : pouvoir définitionnel du psychiatre....510
7.2.2. « C'est à vous maintenant » : tester la compétence de la personne, tester la responsabilité de la personne....522
7.2.2.1. Tester la compétence de la personne....523
7.2.2.2. Tester la responsabilité de la personne....529
7.2.3. « Tout le monde veut être du bon côté de la barre » : la défense....533
7.2.4. Soutenabilité du projet extérieur : place à la famille et au réseau....544
7.3. CONCLUSION....546
CONCLUSION. DÉLIER SOIN ET DANGER : CONTRE UNE PROBLÉMATISATION SÉCURITAIRE DES TROUBLES....549
UNE REGULATION DISJONCTIVE....556
LA FAMILLE POUR REMPLIR LES VIDES PROTECTIONNELS ?....558
POLE D'EXCEPTION : SORTIR DE L'ORNIERE SECURITAIRE....568
VERS UNE VERITABLE POLITIQUE DE LA VULNERABILITE....574
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES....585

> Je sais bien que ces faits ne te font pas plus plaisir que le développement de l'industrie nucléaire, le vieillissement ou Jean-Marie Le Pen. Considérant pour la première fois les Alpes, et rendu fort songeur par ce spectacle, Hegel finit par déclarer, à bout d'arguments : « C'est ainsi. » Les réalités dont nous parlons, qu'il s'agisse de ma fêlure caractérielle, du nucléaire ou de Le Pen (et en mettant de côté le passage du temps), sont plus agaçantes, parce qu'elles ne se présentent pas comme les Alpes, comme une donnée naturelle. Ce sont des choses humaines, elles ont une histoire (individuelle ou sociale), on est taraudé par l'idée qu'il aurait fallu y faire quelque chose, qu'il faudrait maintenant y remédier. J'en suis d'accord. Et « nous n'avons d'autre maître que le temps, dont jouissent ceux-là mêmes qui n'ont point de demeure », comme disait l'autre, à quoi des marginaux modernes répliquèrent : « nous n'avons toujours pas de demeure, et encore moins de temps ».
>
> J'essaie seulement de faire au mieux. Tout ce qui paraît si égoïste, dans mes comportements, n'est pas seulement égoïste, mais vise à me retaper de manière que je n'ai plus autant besoin de l'être. Mais quand ? Mourrez-vous avant ? Je n'en sais rien. Mais je sais qu'il ne pourrait rien sortir de bon des efforts que j'ai faits autrefois, au bout desquels je suis tombé dans sept années de désespoir et d'abomination.
>
> J.-P. Manchette, lettre du 29 juin 1987, in *Lettres du mauvais temps. Correspondance 1977-1995*

Cette citation est issue d'une lettre de Jean-Patrick Manchette adressée à sa mère, Paulette Manchette. Il est possible d'en dégager plusieurs lignes qui dessinent les enjeux du travail présenté dans les pages qui suivent. On y lit la distance et l'incompréhension entre un fils et sa mère, en raison, semble-t-il, de ces « sept années de

désespoir et d'abomination » qu'il mentionne[1]. On y lit aussi, paradoxalement, tout ce qui fait la singularité de leur lien : l'interconnaissance forte et la familiarité, la complicité et une certaine loyauté familiale[2]. Elle constitue de ce fait une magnifique entrée en matière à cette thèse puisqu'elle met au jour comme cette « fêlure caractérielle » s'inscrit dans une relation ; et donc, sans doute, dans des relations, sur lesquelles elle s'appuie et au sein desquelles elle s'apaise — dans le portrait qui en est fait à sa mort, cette phrase qu'il adresse à sa femme, un jour, au restaurant : « Chérie, pourrais-tu prendre dans ma poche mes médicaments contre la folie et contre la mort ? Et pendant que tu y es, prends aussi mes cigarettes…[3] ». Mais ce sont aussi des relations ébranlées par cette fêlure, amenuisées, usées et rendues distantes.

C'est pour cette raison qu'un morceau de sa correspondance est mis en exergue de ce travail : il comporte l'essentiel des questionnements qui ont présidé à l'élaboration de la thèse ici présentée. On pourrait dire,

---

[1] J.-P. Manchette a fait quelques séjours en institution psychiatrique. Dans la lettre, s'il explique « se réjouir » d'être « maintenant un convalescent plutôt qu'un malade », il fait néanmoins référence à son « état caractériel », expliquant être « encore un animal fragile », mentionnant la « dépression nerveuse », la « dépendance alcoolique » voire la « franche ivrognerie », l'« agoraphobie » et les « accès de panique ». »

[2] Ainsi, il exprime par exemple, un peu avant dans la lettre, la nécessité d'annuler sa visite sur le lieu de vacances de ses parents, sa « tranquillité d'esprit » impliquant de n'avoir pas à se « soucier des sentiments de quiconque ». Or, dans ce cas, il dit : « je serais préoccupé de vous (ou de vous déloger) ».

[3] Arnaud Viviant, « Manchette, morgue pleine », *Libération,* 6 juin 1995.

bien trop brièvement et en simplifiant à outrance[4], que celle-ci porte sur l'articulation entre la *famille,* la *folie* et le *droit* ; la famille, comme système de relations spécifiques, la *folie*, comme un problème surgissant dans le quotidien, et le *droit* comme une (ou des) manière(s) de concevoir les problèmes et leur éventuelle résolution, en définissant des relations, et en leur sein, des droits, obligations et responsabilités. Plus précisément déjà, on dira que la thèse vise à clarifier les enjeux de l'émergence d'un trouble mental au sein de la sphère domestique, de son identification et des réponses qui y sont apportées — ceci, dans un contexte historique, social, institutionnel et politique particulier. Je m'intéresse donc à la question de la maladie mentale dans les espaces familiaux, et aux manières d'y faire face et d'y remédier. Les données et hypothèses présentées sont organisées de manière séquencée, sous la forme d'une trajectoire typique (carrière, histoire naturelle[5]) : *Ce sont des choses humaines, elles ont une histoire (individuelle ou sociale), on est taraudé par l'idée qu'il aurait fallu y faire quelque chose, qu'il faudrait maintenant y remédier.*

Pourtant, cette citation ne constitue pas qu'une trame programmatique. Elle ne l'est même pas principalement. En vérité, elle est une parade avant toute chose ; une parade pour pallier une absence centrale de mon travail : celle des voix des personnes concernées au premier chef. Manchette parle ici en tant que personne malade mentale

[4] Les trois cents pages qui suivent tenteront de traiter la question de manière un peu plus fine et complexe.

[5] J'y reviens un peu plus bas.

(ou vulnérable psychiquement, ou *folle*, ou *fêlée caractériellement*[6]). C'est une voix concernée, au premier plan, qui se donne à lire. Ce ne sera plus le cas dans le long travail qui suit : pas de voix de personnes malades, mais celles de leurs parents, leurs frères et sœurs, leurs conjointes et leurs conjoints, leurs amies, leurs amis, leurs collègues le cas échéant, de leurs « proches » en somme ; ou de leurs « autres » dirait Erving Goffman, on y reviendra. S'il s'agit d'une orientation de recherche choisie, celle-ci répond, pour être honnête, à un problème structurel dans les recherches en sciences sociales qui entendent appréhender *l'expérience de la folie*. Dans cette expression, le génitif constitue rarement un cas possessif : comme le note Colin Gordon (1987), ce qui est le plus souvent en jeu, c'est plutôt « un terme destiné à référer principalement à l'expérience sociale de la folie d'autrui[7] » (p. 270). Michel Foucault l'exprimait, en 1973, à propos de son *Histoire de la folie*, dans un entretien donné à Georges Charbonnier :

> Pourquoi j'ai écrit ce livre qui porte ce titre un peu bizarre… *Histoire de la folie*, pourquoi est-ce que je l'ai écrit ? Essentiellement parce que je n'ai pas pu arriver à écrire un autre livre. Un autre livre qui, lui, me faisait rudement envie, et qui aurait été l'histoire des fous, c'est-à-dire l'histoire réelle de cette population qui, si on la prend, si vous voulez, à partir du 17e siècle, n'a pas cessé de vivre, d'exister, de se développer dans les marges de

[6] Tout le temps sera donné pour clarifier ces questions de terminologie dans le reste de la thèse.

[7] Ma trad. : « *a term intended here to mean principally the social experience of other's madness* »

> notre société, et dont, au fond, on ne sait rien. On sait simplement de quelle manière cette population a été captée, de quelle manière elle a été quadrillée, classée par les médecins, on sait ce que les médecins en ont fait, sous quelle rubrique ils les ont mis, quel traitement, éventuellement quelle punition ils leur ont imposé, mais au fond, ce qu'ils étaient, ce qu'ils disaient, ce qu'a été ce grouillement, si vous voulez, eh bien, c'est ça que j'aurais voulu faire, et c'est ça que je n'ai pas pu faire. Tout simplement parce que c'est un grouillement qui est passé sans trace, c'est des cris qui n'ont laissé derrière eux aucune mémoire, aucun souvenir. Je n'ai pu retrouver que le moule creux en quelque sorte, dans lequel on les a mis. Mais eux-mêmes, la folie… les fous dans leur existence positive, réelle, historique, je n'ai pas pu le faire. Si bien que j'ai été amené à faire ce que j'ai appelé l'histoire de la folie, c'est-à-dire l'histoire de la limite, de la surface de contact entre cette population dont je n'arrivais pas à faire l'histoire et puis la population, le savoir, la culture, institutionnelle, visible, manifeste, qui est celle de notre société ; et alors, cette surface de contact entre la société officielle, institutionnelle, normale, et puis ce groupe, ce fourmillement de gens d'en dessous, c'est ça que j'ai appelé la folie.[8]

Cette critique à l'égard de l'*histoire de la folie*, celle de « ne pas s'intéresser aux exclus et de privilégier plutôt les appareils et les techniques de renfermement » (Napoli, 2013, p. 36), porte son ombre sur l'essentiel de l'histoire

[8] Michel Foucault, entretien avec Georges Charbonnier sur Radio-Canada, 1973

de la folie[9]. L'historiographie psychiatrique repose en effet largement sur des sources institutionnelles, qui forcent les chercheurs à ne s'intéresser aux patients psychiatrisés que de manière indirecte. Benoît Majerus (2013), auteur d'un ouvrage magnifique sur l'histoire des patients d'une institution psychiatrique bruxelloise, regrettait :

> Leurs mots sont enfermés dans une circularité diagnostique : ils sont un signe supplémentaire de leur maladie et leur maladie est une raison pour ne pas prendre en compte leurs paroles. (p. 24)

Les sociologies médicales se confrontent souvent au même type de problème, et cela dès l'identification de leur objet, car il est constitué et capté par le discours médical[10]. Dans de nombreux cas, elles ne peuvent travailler qu'à partir d'objets préalablement identifiés, qualifiés, diagnostiqués, etc. Ce fut mon cas dans ce travail : la *folie* dans la *famille* n'apparaît au chercheur qu'*a posteriori*, déjà insérée dans des discours et des pratiques médicales avancées. Elle ne peut alors être approchée qu'à rebours, à partir des traces de son élaboration, et des comptes-rendus des personnes qui y ont participé — selon une logique reconstructive et « rétrodictive » (Katz, 2015). Les connaissances produites sur un tel phénomène sont impactées par un ensemble de médiations institutionnelles et de reconstructions narratives. L'expérience du trouble se conjugue rarement à la première personne en

[9] Sans italique cette fois, c'est-à-dire non comme ouvrage de Foucault, mais comme champ thématique au sein des sciences historiques.

[10] Sur cette question, on se référera notamment à l'introduction du livre de Muriel Darmon (2008).

sociologie : l'objet brut de la *folie* disparaît sous les multiples couches qui la constituent, la catégorisent et la traitent, depuis l'extérieur[11], en tant que *maladie mentale*. Puisqu'on accède non pas au discours *depuis* la folie, mais au discours sur la folie, sur son identification, son application catégorielle et les manières d'y remédier, autant l'assumer, autant travailler sur les manières dont les *autres* voient une maladie mentale en quelqu'un ou quelqu'une.

Cependant, ce projet redéfini se frotte lui-même à quelques difficultés. Il se tient en vérité sur une ligne de crête ténue : d'un côté, le gouffre de la « défense exagérée du conforme », de l'autre, celui d'une « valorisation romantique du difforme » (Le Blanc, 2007). En effet, le projet d'une connaissance de la maladie *par le bas*[12] ne se confronte pas uniquement à la difficulté d'accès à l'expérience directe de la personne malade. Elle porte également le risque de sombrer, comme le souligne Carlo Ginzburg (1980), dans un « irrationalisme esthétisant», piégée par une orientation de recherche qui « s'extasie devant une extranéité absolue qui, en réalité, est le fruit du refus d'analyser et d'interpréter » (p. 13). L'historien italien pointe le risque du développement « d'un populisme à l'envers, d'un populisme "noir" » à travers une recherche qui verrait dans les « victimes de l'exclusion sociale » des

[11] À cette première difficulté s'en ajoutent d'autres, d'ordres méthodologique et éthique : la parole des personnes malades mentales (donc celles déjà enserrées dans le discours médical) est très complexe à récolter.

[12] Ce projet d'une histoire médicale par le bas (*medical history from below*) a été porté notamment par Roy Porter (1985).

« dépositaires de l'unique discours qui soit une réponse radicale aux mensonges de la société établie » (*Id.*). Veena Das (2013), quant à elle, pointait le péril descriptif, mais aussi critique, à ne considérer la maladie mentale que par le prisme de l'enfermement de son expérience par les savoirs constitués et les dispositifs de pouvoir :

> J'ai vu trop de souffrances et de violence pour dire que la maladie mentale n'est qu'une construction sociale, ou que les symptômes sont seulement des formes de résistance. (pp. 157-158)

« Construction sociale » ou « formes de résistances », dans les deux cas, la maladie mentale est perçue comme expérience capturée, domestiquée, enfermée. Si elle l'est sans doute et bien souvent, elle ne saurait y être réduite : elle est aussi « souffrance » et « violence ». Manchette ne mentionne-t-il pas d'ailleurs le « désespoir » et l'« abomination » ? Il s'agit donc de faire justice à la souffrance vécue des personnes, en donnant une épaisseur phénoménologique à l'expérience du trouble mental, qui constitue une « souffrance qui est toujours à la fois celle d'un soi et celle de tous ceux qui l'entourent » (Laugier, 2015, p. 69). À cet égard, la citation en exergue de ce texte constitue donc bien un subterfuge, une diversion, une excuse pour avoir amputé ce programme de recherche de moitié ; une excuse pour avoir écrit plus de 300 pages, sans réellement évoquer les « significations intimes » des malades (Castel, 1968), en évoquant la souffrance « d'un soi » uniquement de manière indirecte, par l'expression de « celle de tous ceux qui l'entourent ».

Dans ce travail, je poursuivrai le projet d'une saisie *extérieure* des phénomènes psychiques, et psychopathologiques, basée sur leurs effets écologiques. Je m'expose dès lors aux réserves et critiques présentées plus haut : je risque de renforcer l'enfermement diagnostique et la silenciation des personnes (réputées) malades mentales, dès lors que je travaille sur les évaluations de leur état par les personnes qui les entourent, ainsi que sur les dimensions réelles, matérielles, concrètes, des troubles, lorsqu'ils s'expriment dans des environnements sociaux, et en l'occurrence, essentiellement familiaux. Pour parer à cette critique, j'ai ouvert le texte par une expression de l'expérience de la folie en première personne. Cela ne suffira sans doute pas, mais ça fera effet, au moins jusqu'ici.

INTRODUCTION. EN APPRENDRE PLUS SUR LA QUESTION: CADRE D'ANALYSE, ENJEUX DE MÉTHODE

> Sauf qu'on n'en apprenait pas plus qu'au début. Au contraire, le problème restait là, suspendu à la fin d'un chapitre, et on attendait la suite pour comprendre comment on en était arrivé là.
>
> Tanguy Viel, *La disparition de Jim Sullivan*

Qu'on la considère imputable à des transformations institutionnelles récentes ou, à l'inverse, qu'on l'examine à travers le prisme des racines lointaines des modèles privés ou « communautaires » de la prise en charge des personnes vulnérables[13], la philosophie du maintien dans le milieu de vie est dorénavant une modalité centrale de l'organisation des politiques psychiatriques en Belgique. Celle-ci repose sur la remise en cause de l'importance de l'hôpital et la prégnance du paradigme résidentiel dans le système de santé mentale belge (De Munck *et al.*, 2003 ; Majerus, 2018). En 2010, étape majeure dans le processus de désinstitutionnalisation, la réforme « Psy 107 » entend renforcer le mouvement d'« évolution vers des soins en

[13] Sur cette tendance, plus minoritaire, au sein de l'historiographie psychiatrique, on renverra notamment à l'ouvrage collectif coordonnée par Peter Bartlett et David Wright (1999), ainsi qu'à l'article programmatique pour la désinstitutionnalisation des sciences historiques de Greg Eghigian (2011).

santé mentale axés davantage sur la collectivité[14] ». Cette réforme s'inscrit dans un long mouvement international de remise en question des modes d'organisation des soins en santé mentale. Elle entend, d'après ses concepteurs, « éviter autant que possible les admissions en résidence » et « écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel» lorsque celui-ci est « inévitable »[15]. L'horizon qui sous-tend ces transformations de l'offre de soin est présenté comme étant d'ordre thérapeutique, mais aussi politique : pour éviter la chronicisation des patients et pour les traiter d'une manière qui soit conforme aux standards d'humanisation[16], de respect des libertés individuelles[17], d'autonomie et d'inclusion sociale[18], le traitement hospitalier doit être intensifié[19] et rendu spécifique, restreint à des périodes de courte durée, entre lesquelles le patient doit être inséré dans des réseaux de soins intégrés

[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. 4.

[15]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.

[16] Déclaration de Hawaii (Association mondiale de psychiatrie, 1977, 1983)

[17] 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).

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

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

à son environnement familier, et donc généralement familial[20].

De fait, ce processus a accru la charge d'accueil du « milieu de vie » et du « réseau » des personnes désormais désinstitutionnalisées (Kovess-Masféty, Villani, 2019). Les politiques de maintien des malades dans l'environnement reposent sur une conception nouvelle des familles comme « solution au problème du retour du patient dans la communauté » et « membres actifs du système des soins » (Carpentier, 2001, pp. 92-93). Constituant souvent un angle mort dans l'analyse des politiques de désinstitutionnalisation et de maintien dans l'environnement, l'intégration du travail domestique dans le fonctionnement du système de santé mentale peut être éclairée à partir de l'hypothèse d'une « familialisation » des soins et de l'accompagnement.

Issue des critiques féministes sur le travail de typologie des États sociaux (Lewis, 1995 ; Fineman, 1995), la notion de « familialisation » constitue un moyen d'« endogénéiser » la famille dans l'analyse des dispositifs de protection sociale (Esping-Andersen, 2007). Elle vise initialement à décrire le degré de dépendance des personnes à l'égard des

[20] L'usage de la notion de « famille » et de son champ lexical est relativement malaisé en sociologie, tant les interférences avec ses usages communs empêchent une véritable clarification conceptuelle. Cette question sera développée au cours de la thèse, à partir des travaux de Jon Bernardes (1985a; 1985b ; 1987 ; 1999) ainsi que de Jaber Gubrium (1983 ; 1988) et en lien avec l'« idéologie de la famille ». Dans cette introduction, la notion sera utilisée pour référer aux liens entre personnes marqués par un type d'interactions spécifiques, une interconnaissance forte, soutenue par le partage de repères familiers, ainsi qu'une structuration affective et morale très importante des rapports.

relations familiales dans l'accès à un niveau de vie satisfaisant (Lister, 1994, p. 37). La sphère familiale et les différents supports d'existence qu'elle pourvoit aux individus ont en effet longtemps constitué la « boîte noire » de l'analyse des politiques sociales. Pourtant, une approche sociologique conséquente des politiques sociales ne peut négliger la question de l'aide fournie par les proches et de son incorporation dans le fonctionnement des protections.

On a assisté, au cours des dernières décennies, à une véritable familialisation du travail psychiatrique, dans le sens d'un processus de *privatisation*[21] du soin et de l'accompagnement. C'est une dynamique que l'on voit à l'œuvre en Belgique en matière de soins de santé. D'après une enquête menée par le centre fédéral de recherche Sciensano, en 2018, 12,2 % de la population âgée de plus de 15 ans prodiguait « de l'aide ou des soins à titre non professionnel au moins une fois par semaine » (Charafeddine, 2020, p. 11). Certaines études considèrent que l'aide informelle fournie en matière de santé équivaut au travail de 150 000 équivalents temps plein[22] (Dubois *et*

[21] La « privatisation » désigne ici le processus de rabattement d'une série de tâches et d'activités sur des fonctionnements privés, c'est-à-dire ne reposant pas sur des ressources socialisées. Parmi l'ensemble des travaux qui permettent de penser le reflux des tendances socialisatrices dans l'organisation politique de nos formes de vie, on renverra avant tout au très bel ouvrage de Melinda Cooper (2017).

[22] Notons, avec Mary Lewis et Jane Daly (2000), que la charge de travail qui compose ce « *social care* » n'est pas répartie équitablement, ni au sein des familles, ni du point de vue social : le fait d'être une femme ou d'être pauvre accroît largement la probabilité de venir en aide à un proche, et d'y passer plus de temps (Braekman *et al.*, 2019), ce qui renforce les inégalités sociales et financières.

al., 2020). Pour ce qui est des seules pratiques psychiatriques, il est indéniable que les « réseaux de soutien informels familiaux » jouent un rôle central dans la continuité des soins (Mistiaen *et al.*, 2019).

La mise en œuvre des politiques de maintien dans le milieu de vie repose sur un enrôlement de l'entourage familial dans le travail de soin, d'accompagnement et de gardiennage des malades. Une charge croissante pour la famille, et particulièrement pour les femmes en son sein, a donc accompagné ces transformations (Barrett & McIntosh, 1982, Fineman, 1995, Damamme & Paperman, 2009). Pour la qualifier, diverses notions ont été proposées dans la littérature : « fardeau » du soin (Kovess-Masféty, Villani, 2019), « captivité » de la famille (Bungener, 1995), voire « danger » de l'hébergement familial (Blum *et al.*, 2015). Pour faire face à ces risques, les familles disposent de « leur capacité de solidarité » et des « possibilités qu'on leur donne pour la gérer au mieux » (Chaltiel, 2005, p. 334). En dernier recours, lorsque le maintien à domicile n'est plus tenable et que les autres ressources sont épuisées, il est possible de demander une admission forcée dans un service psychiatrique. Ce type de mesure, dite de « mise en observation », est organisée par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale (ci-après : PPMM). Elle définit les conditions sous lesquelles la privation de liberté à des fins thérapeutiques peut être opérée.

À la suite du fameux arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH), *Winterwerp v. the Netherlands*, en 1979, les pays membres de l'Union européenne ont

commencé à adapter les législations nationales pour être en adéquation avec un grand principe soulevé dans l'arrêt : la privation de liberté, qu'elle soit à des fins thérapeutiques ou pas, ne peut être faite que sous le contrôle de l'autorité judiciaire. La loi du 26 juin 1990 prévoit donc que le cadre ordinaire des soins psychiatriques est celui du consentement du patient. En dehors des états nécessitant la contrainte, la personne est considérée comme libre et souveraine, pouvant choisir de se diriger vers des soins ou non. Pour mener de force une personne vers un hôpital, il faut que trois critères légaux soient remplis :

> les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. (art.2 de la loi PPMM).

Depuis sa mise en place, le recours au dispositif judiciaire de « protection de la personne du malade mental » augmente constamment (Lecompte, 1995 ; Turnpenny *et al.*, 2017 ; Tortolani *et al.*, 2008), et dans sa version « urgente » pour écrasante majorité des cas (Pitchot *et al.*, 2011 ; Schmits *et al.*, 2020).

Il faut alors bien cerner toute l'ambivalence de ce tournant qui s'ancre dans des sémantiques particulièrement positives d'« appropriation » des situations, de mobilité et de sortie des cadres coercitifs, tout en renvoyant de fait la responsabilité aux acteurs familiaux, et réglant l'appropriation publique de ce type de problème sur les seuls critères de crise, d'urgence et de dangerosité. En

effet, parallèlement à cette montée en puissance du travail des proches et de la volonté du maintien dans le milieu de vie, on remarque, en Belgique et à Bruxelles, un usage grandissant de la contrainte en psychiatrie. C'est au cœur de cette disjonction apparente au sein des pratiques psychiatriques (croissance de la psychiatrie informelle, croissance de la psychiatrie contrainte) que se déploient mes recherches. Cette thèse s'intéresse à l'expérience familiale faite de la maladie mentale. Elle traite de cette question par le prisme de l'hospitalisation contrainte pour raison psychiatrique, réglée par la mesure dite de « mise en observation ». La question qu'elle soulève, de manière directe, est la suivante : *comment le(s) membre(s) d'une famille en vien(nen)t à demander l'hospitalisation contrainte d'une personne ?* Celle qu'elle vise plus profondément est : *qu'est-ce que cela nous dit sur les réponses sociales à la maladie mentale ?* Par le biais des réponses familiales à la vulnérabilité d'un membre, et en particulier la demande finale d'une hospitalisation contrainte, je voudrais donc documenter les manières socialement instituées de faire face au désordre lié au trouble mental et à la vulnérabilité psychique.

0.1. Cadre analytique : histoire naturelle et micro-politique

Pour répondre à ces questions, j'ai effectué des campagnes de récolte de données multiples, sur divers terrains à Bruxelles, entre 2018 et 2023. Je les présenterai, ainsi que les hypothèses qui leur donnent signification, en suivant un modèle théorique particulier, celui de la « micro-

politique » du trouble (Emerson, Messinger, 1977), basé sur le modèle général d'« histoire naturelle », bien connu dans les sciences sociales américaines (Fuller, Myers, 1941 ; Lemert, 1951 ; Spector, Kitsuse, 1973), c'est-à-dire une séquence typifiée de la transformation d'une situation indéterminée en une situation problématisée.

Je travaillerai, dans les pages qui suivent, à reconstruire les processus qui conduisent à l'hospitalisation forcée pour raison psychiatrique, depuis l'émergence d'un trouble dans des sphères familiales, à travers des « processus sociaux » de « détermination » de ce qui est initialement « indéterminé » (Shalin, 1986). Mon intérêt de recherche est donc porté sur les processus « micro-politiques » d'administration et de traitement des troubles, et sur le passage, au cours de ces processus, depuis des systèmes informels d'action vers des systèmes plus formalisés (Emerson, Messinger, 1977), institutionnels[23] et, en l'occurrence, contraints. J'entends rendre compte du travail de réaction (interprétative et pratique) à des expériences négatives dans le cours normal de la vie ordinaire. 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*.

[23] La question de l'institution, et de ce que recouvre le concept en matière psychiatrique à l'heure actuelle, ne sera pas réellement l'objet de cette thèse. Je me permets cependant de renvoyer à mon article sur « le traitement des personnes malades mentales à l'heure de la désinstitutionnalisation », paru dans *Recherches sociologiques et anthropologiques*, dans lequel je tente de clarifier ce que recouvre la notion après la désinstitutionalisation (Printz, 2023a).

Face à un trouble, soit une sensation de décalage avec *ce qui devrait normalement être*, les personnes déploient des procédés visant à dépasser la fracture du cours normal des choses et à « *réparer* les situations sociales fracturées » (Lyman, Scott, 1989). Ces procédés sont à la fois interprétatifs (définition de la situation) et pratiques (actions de remédiation ou de contention), dans une relation de constitution mutuelle. Ainsi, la félicité d'une tentative de remédier au trouble va induire certaines interprétations, qui elles-mêmes établissent préférentiellement certaines solutions. Il s'agit là du cœur du travail de problématisation, au fondement de la micro-politique du trouble, c'est-à-dire la « consolidation » de problèmes vagues et diffus au moyen de catégories stabilisées et de formes identifiées de déviance (Emerson, Warren, 1983). Cette consolidation s'opère au fur et à mesure des ajustements correctifs, des tentatives de contention et des réinterprétations de ce qui se joue.

Le monde ordinaire est marqué par une série d'accrochages, d'anomalies et de difficultés, généralement problématisés à travers divers types d'accomplissements pratiques qui vont de procédures de publicisation (Cefaï, 1996 ; Gusfield, 2003 ; Berger, Gayet-Viaud 2011) ou de judiciarisation (Felstiner *et al.*, 1980 ; Gaïti, Israël, 2003 ; Pélisse, 2009) à des reprises réflexives plus précaires, ne parvenant pas toujours à se prêter au jeu de la montée en généralité, de la configuration narrative et des imputations de responsabilité (Boltanski, 1984 ; Stavo-Debauge, 2012). La maladie mentale peut être pensée, dans une perspective strictement sociologique, à partir de cette « heuristique du

malaise » (Haber, 2012) qui met en avant la force de « travail du négatif » (Chauvier, 2015) et les « itinéraires de réparation » qu'il engage (Dodier, Barbot, 2009)[24].

Il s'agit donc d'envisager les « chocs dus au changement, à l'interruption d'un ajustement qui était en cours », les « signaux qui invitent l'action à s'engager dans de nouvelles directions » (Dewey, 2014a, pp. 145-146). Le modèle de la micro-politique des troubles peut en ce sens être considéré comme une opérationnalisation sociologique, dans un cadre interpersonnel, de l'enquête que Dewey (2014b) définissait comme l'ensemble des « opérations par lesquelles on se débarrasse des situations problématiques ou on leur apporte des solutions » (p. 245).

0.1.1. Trouble, maladie mentale et prise en charge

Dans une perspective sociologique, la « folie » est avant tout un « trouble », un accroc dans le cours normal des choses, avec des conséquences de désorganisation majeures – ce qu'avait déjà mis en lumière Erving Goffman (1973). On qualifiera ce trouble, en référence aux travaux de Robert M. Emerson et Sheldon Messinger,

[24] Ainsi, Sandra Laugier (2013) écrit : « de façon paradigmatique, la folie, ou plus exactement l'expression singulière, dérangeante de la douleur et de la souffrance qui s'y exposent (souffrance qui est toujours à la fois celle d'un soi et celle de tous ceux qui l'entourent), et donc la réparation (le soin) de la folie viennent tout de suite à l'esprit. Comment un monde peut-il redevenir vivable quand la folie s'y déchaîne ? Qui prendra soin non seulement des fous, mais aussi bien tout autour, et peut-être silencieusement, du retissage de la réalité quotidienne (familiale, sociale, psychique) que la folie a entraîné jusqu'à un point de rupture ? Qui donc, pour rendre de nouveau cette réalité habitable et vivable, en un mot, ordinaire ? (p. 162-163)

de *quotidien, mais extraordinaire*. Qu'est-ce à dire ? Le « trouble » constitue une expérience négative, et appelle un travail de remédiation de la part des personnes qui sont affectées par ses manifestations et ses effets potentiellement dévastateurs. C'est l'expérience négative, celle d'un accroc dans le cours ordinaire des choses, d'une « sollicitation extérieure qui provoque un déséquilibre » (Frega, 2006, p. 175), qui induit la nécessité d'une réponse, à la fois pratique et interprétative.

Un *trouble quotidien, mais extraordinaire* est alors une expérience négative inscrite dans un espace particulier, celui du *quotidien*, mais d'une charge suffisamment forte et inédite pour le rendre *extraordinaire*. *Quotidien* : ce qui est marqué par la familiarité des repères, un faible niveau de réflexivité et une routinisation des activités[25], identifiable par des jeux de langage spécifiques – ceux du « vécu », de l'« éprouvé », de l'« expérience singulière » (Macherey, 2005). *Extraordinaire* : ce qui sort, en raison de l'intensité ou de la rareté, de l'ordre normal et attendu de la quotidienneté, et donc, de ses jeux de langage, se confrontant à « la nécessité de rendre nos désirs, nos pensées, nos actions, intelligibles (y compris à nous-mêmes) » (Laugier, 2018, p. 223). L'extraordinaireté du

[25] L'explosion sourde qui a lieu à 14 avril 1970 au cours de la 55ème heure de la mission Apollo 13 et la défection inexpliquée de certains des appareils de bord qui s'en suit n'est par exemple pas un trouble quotidien. Certes, l'explosion d'un réservoir d'oxygène de vaisseau spatial, *ça n'arrive pas tous les jours* ; mais ce n'est pas tant ça que vise à rendre l'idée de quotidienneté. Ce qu'elle vise, c'est avant tout à désigner un mode de rapport au monde, caractérisé par des formes peu réflexives et non-expertes d'activité et de connaissance, ainsi que des ressources de résolution des troubles qui sont intrinsèques au contexte interpersonnel de leur émergence.

trouble implique peut-être avant toute chose la difficulté à en rendre compte au moyen des ressources du langage ordinaire. Je ne proposerai néanmoins pas de définition plus poussée du caractère extraordinaire de ces troubles, ceux-ci, nous le verrons, étant extrêmement variés dans leurs manifestations, leur intensité et les réponses sociales qu'ils provoquent.

Il s'agit d'opérer une distinction, très marquée dans le sens commun, entre des types de troubles émergeant dans l'ordre des interactions quotidiennes et interpersonnelles, certains *ordinaires* (une dispute entre colocataires) et d'autres *extraordinaires* (une entrée en psychose). On considérera alors que les troubles envisagés diffèrent des « troubles mondains » (Emerson, 2009) ou des « troubles normaux[26] » (Cavan, 1966), et c'est en cela qu'ils constituent les objets des problématisations psychopathologiques. En considérant les phénomènes psychiatriques comme des troubles *quotidiens, mais extraordinaires* qui ne peuvent que difficilement être *amendés* ou *réparés*[27], on s'offre les moyens d'une prise en compte

[26] Dans son ethnographie des formes de sociabilité dans les bars, Sherri Cavan (1966) souligne ainsi une certaine « latitude » à l'égard de comportements et d'attitudes *normalement* inappropriées dans d'autres contextes que celui des débits de boisson. Ces conduites y constituent alors des « troubles normaux », permis par une plus grande souplesse des systèmes d'attentes et des mécanismes de sanction sociale dans ce type d'établissement. Les troubles normaux constituent de ce fait des activités reconnues comme inappropriées ou inopportunes, cependant assez fréquentes pour être ignorées. L'exemple, donné par Emerson (2015), du tas de vaisselle sale est très pertinent, dans un contexte autre, celui de la cohabitation.

[27] Goffman (2013) dans *Comment se conduire dans les lieux publics* : « De nombreuses personnes commettent des offenses situationnelles. La société serait du reste bloquée, sans espoir, si elle n'abritait pas de telles déviations.

du « ravage » et du travail réactif qu'il induit, de la part de la personne fauteuse de trouble ou de ses autres. On reconnaît en outre l'idée qu'il existe une différence qualitative entre le trouble finalement symptomatisé et d'autres formes de troubles interpersonnels, même si du point de vue sociologique, cette différence n'est pas située dans des coordonnées cliniques ou étiologiques.

Il convient alors de noter que 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 sans trop de mal 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 plutôt 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 importe alors de considérer que cette inscription est précisément un accomplissement

---

Un symptôme mental, cependant, est une impropriété situationnelle sans possibilité d'amendement pour l'offenseur. Il est dans une position où il ne peut forcer les autres à accepter l'affront qu'il leur a fait subir, et où il ne peut non plus les convaincre de prendre en compte d'autres raisons qui en rendaient compte. » (p. 202)

pratique[28], laissant 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). De ce fait, on s'intéressera aux manières dont les personnes (en l'espèce, les proches[29]) rendent compte du trouble, le configurent au fur et à mesure en un *problème* psychopathologique, formulent des attentes et des expressions morales autour de leur expérience, jusqu'à devoir mobiliser une mesure de dernier recours telle que l'hospitalisation contrainte.

0.1.2. Une « histoire naturelle » de la transformation des troubles en maladie mentale

Il est possible de dégager des trajectoires évolutives typiques à partir d'histoires individuelles (Park, 1970, p. xvii). Par conséquent, les micro-politiques familiales du trouble peuvent être appréhendées, dans la mesure où celles qui m'ont intéressé sont celles qui ont mené finalement à une hospitalisation contrainte, sous le jour

[28] J'ai tenté de rendre compte de cela, et des prétentions normatives qui sont attachées à ces accomplissements pratiques, dans « La familialisation de l'accompagnement et du soin en matière psychiatrique en Belgique : les proches aidants et la requête d'hospitalisation contrainte » (Printz, 2023b) ainsi que dans « Soigner la maladie, protéger la vie, réparer l'ordinaire familial» dans ce très bel ouvrage coordonné par Isabelle Hachez et Nicolas Marquis qui suit la conférences Alter 2022 (Printz, 2024a).

[29] Par hypothèse, les manières qu'ont les proches de rendre compte de la maladie mentale est différente de celles qu'auraient, par exemple, des passants face à une personne vulnérable dans l'espace public. Pour approfondissement sur cette dernière question, je peux renvoyer à mes travaux publiés sur le sujet : « Psychiatrie hors les murs et signalement des citoyens » (Printz, 2021) et « Les conditions du signalement psychiatrique dans l'espace public. Une analyse à partir de rapports de police à Bruxelles. » (Printz, 2025).

d'une « histoire naturelle ». Le syntagme est l'objet de certaines confusions, en raison de son apparente proximité avec une conception évolutionniste darwinienne. Cette proximité est d'ailleurs explicitement mobilisée dans certains travaux (p. ex. Gottschalk, 1938). La notion ne recouvre pourtant pas l'« inévitable schématisme » qui verrait dans tout phénomène social le résultat de processus évolutifs marqués par la compétition, ou d'une succession linéaire d'étapes nécessaires. Il s'agit à l'inverse d'un outil conceptuel qui vise à rendre compte de l'évolution itérative d'un phénomène social, en fonction de la manière dont les acteurs se saisissent et configurent certains éléments de leur environnement.

C'est R.C. Fuller et R.R. Myers (1941) qui proposent cet outil conceptuel dans une forme similaire à celle que je mobilise[30]. Ce dernier permet d'appréhender le développement typique de certains processus sociaux et d'organiser les données empiriques constitutives d'un phénomène à analyser. Il s'agit de rendre compte de la succession des étapes typiques dans la constitution de certains « problèmes ». Si ce sont initialement les « problèmes sociaux » qui ont été appréhendés avec ce modèle dans une perspective macrosociale et historique (Spector, Kitsuse 1973), la question de la constitution des

[30] Quelques réflexions sur les avantages et inconvénients de ce modèle, basées sur mes lectures de la littérature américaine liée à la revue *Social Problems*, mais aussi, et surtout, des travaux de Carlo Ginzburg, d'Umberto Eco et d'Italo Calvino pourront être trouvée dans certains de mes travaux: « L'extension du domaine de la surveillance clinique. Sur les traces de la maladie mentale dans les espaces numériques » (Printz, 2023c), ainsi que « Le droit au lieu de vie au carrefour de la maladie mentale et de la précarité sociale. Chronique d'une hospitalisation sociale » (Printz, 2024b).

« problèmes psychiatriques », dans des coordonnées plus interactionnelles et situées, y trouvera également un cadre analytique prometteur et intéressant.

Erving Goffman (1968) y fait d'ailleurs explicitement référence lorsqu'il présente la notion centrale de « carrière morale » du malade mental : « on se place dans une perspective de l'histoire naturelle, c'est-à-dire que l'on néglige les simples évènements pour s'attacher aux modifications durables, assez importantes pour être considérées comme fondamentales et communes à tous les membres d'une catégorie sociale, même si elles affectent séparément chacun d'entre eux » (p. 179). La notion de carrière morale est cependant trop liée aux questions relatives aux transformations de la personnalité par rapport à mon projet de recherche — elle sera alors réservée à l'idée de « carrière psychiatrique » d'individus (portes tournantes, rechutes), quand l'« histoire naturelle» définit le processus typique de constitution d'un problème psychiatrique à partir d'une expérience négative et de consolidation de problèmes vagues dans des catégories plus stabilisées et des « formes identifiées de déviance» (Ogien, 2018).

À ce compte, l'« histoire naturelle » d'un problème psychiatrique peut être faite, depuis l'expérience d'un trouble jusqu'à la stabilisation d'une qualification diagnostique, au gré du travail interprétatif et des rationalisations collectives, indépendamment des seules significations intimes et transformations de l'identité personnelle. Dans le cadre des troubles émergeant sur des scènes familiales, ce travail de consolidation

définitionnelle se déploie au sein de cadres légaux et moraux larges, autant que d'enjeux localisés. Il s'agit précisément du cœur du travail micro-politique, défini comme un ensemble « de processus de prise de parti, des conséquences de ces processus et le travail interactionnel de légitimation et de justification de ces interventions[31] » (Emerson, Warren, 1983, p. 244).

Il faut pointer les inconvénients liés à un signifiant tel que celui de « micro-politique ». Ce dernier s'expose au reproche de déployer une acception (trop) large de la notion de politique, sacrifiant à son usage inflationniste. Pourtant, je choisis de la conserver pour au moins trois raisons. Tout d'abord, la notion a été forgée, il y a près de cinquante ans, en tant que noyau conceptuel d'un cadre analytique que je mobilise très largement dans cette thèse (v. Emerson, Messinger, 1977). Ensuite, il me semble que la référence à la dimension politique des séquences et situations envisagées dans cette thèse n'est pas tout à fait dénuée de sens. En effet, si la notion de « politique » définit les formes de prise de décision inscrites dans des dynamiques collectives, portant sur une action dans le monde en tant qu'il est humain et problématisable, alors on peut considérer que les séquences qui nous intéressent ont bien quelque chose de politique. Ainsi, ma décision personnelle quant aux manières de ranger mon bureau, le dressage de mon chien ou la coordination de mes mouvements avec ceux des autres passants ne sont pas politiques. En revanche, tout ce qui implique des formes

[31] Ma trad. : «*processes of taking sides, the consequences of these processes, and the interactional work of legitimatizing and justifying such interventions* ».

justifiées de coordination et d'ajustement entre au moins deux individus peut être traité à l'aune du politique, dans une acception large et potentielle de la notion à tout le moins. Enfin, la notion de micro-politique me semble permettre de penser de manière transversale les formes localisées d'administration des troubles spécifiques et celles, plus larges, des politiques de santé mentale. En ce sens, elle me semble permettre d'articuler les différentes échelles d'analyse du social – adressant par là un des enjeux majeurs de la sociologie de l'action, et plus généralement, une des tensions qui a traversé l'histoire des idées dans les sciences sociales.

0.1.3. « Tous les foutus étages » de la sociologie : articulation des échelles sociologiques et pragmatisme

Une question centrale des sciences sociales[32] est en effet celle « des rapports entre l'action et le cadre dans lequel elle se déploie, entre les individus et les structures, entre le temps de l'action et le temps apparemment immobile de la norme institutionnelle » (Fecteau, Harvey, 2005, p. 4). De ce fait, il faut parvenir à l'éclaircissement des liens entre l'action située et les conditions larges et impersonnelles au

[32] C'est finalement, en quelque sorte, l'horizon de l'« imagination sociologique » telle que définie par Charles W. Mills (2006) : celle de l'articulation théoriquement informée, selon les règles de la méthode scientifique, que ce soit dans des perspectives diachronique ou synchronique, des phénomènes sociaux opérant sur différents « niveaux » de la société ou à différentes échelles. On retrouve, sur un plan théorique, l'horizon du projet fondateur de la sociologie classique, tel que rappelé par Alain Caillé et Frédéric Vandenberghe (2016), celui d'articuler la recherche empirique rigoureuse des réalités locales et la prétention à la production d'une théorie sociale générale.

sein desquelles elle se déroule. Les questions qui traversent cette thèse obligent en tout cas à penser cette articulation, entre les actions situées face à un trouble et l'environnement culturel, normatif et institutionnel, dans lequel elles prennent pied. Dans sa charge contre le structuralisme althussérien, pensant à la question du droit, E.P. Thompson (1995) arrivait à la conclusion de l'impossibilité d'en définir *un lieu* de prédilection. Il écrivait :

> J'ai découvert que le droit ne s'en tenait pas poliment à un « étage », mais qu'il était à tous les foutus étages ; il était imbriqué dans le mode de production et les relations productives elles-mêmes (en tant que droits de propriété, définitions de la pratique agraire) et il était simultanément présent dans la philosophie de Locke ; il s'immisçait brusquement dans des catégories extérieures, réapparaissant perruqué et grimé sous l'apparence de l'idéologie ; il dansait le cotillon avec la religion, faisant la morale sur le théâtre de Tyburn ; il était un bras de la politique et la politique était l'un de ses bras ; il était une discipline académique, soumise à la rigueur de sa propre logique autonome ; il contribuait à la définition de l'identité tant des dirigeants que des dirigés ; par-dessus tout, il offrait une arène pour la lutte des classes, au sein de laquelle des notions alternatives de droit étaient combattues[33]. (Thompson, 1995, p. 130)

[33] Ma trad. : « *For I found that law did not keep politely to a "level" but was at* every *bloody level; it was imbricated within the mode of production and productive relations themselves (as property-rights, definitions of agrarian practice) and it was simultaneously present in the philosophy of Locke; it intruded brusquely within alien categories, reappearing bewigged and gowned in the guise of ideology; it danced a cotillion with religion, moralizing*

Je me permettrai de reprendre l'expression et les questionnements qu'elle charrie : à quel *étage* de la société prennent place les phénomènes sociaux ? Si c'est à *tous les foutus étages*, comment dès lors les appréhender ? Et, à titre préjudiciel, qu'est-ce donc que ces *étages* ? Par *étage*, on entend sans doute, dans un langage académique plus conventionnel, *échelle sociologique* ou *niveau d'intégration de l'action*. La question se pose alors en des termes plus acceptables : quels sont les niveaux pertinents d'intégration de l'action ? Comment rendre compte à la fois de la coordination de l'action dans des conditions locales de coprésence et dans des conditions larges, macrosociales et sur lesquelles aucun contrôle ne peut être opéré ?

Classiquement, une stratégie théorique majeure pour rendre compte de cette articulation a reposé sur la disjonction des niveaux et des modèles sociologiques qui leur étaient associés (Mouzelis, 1997). Le « dualisme analytique » a en effet constitué une manière d'intégrer théoriquement, sans toutefois la dépasser, cette disjonction problématique entre des conditions tenant à ce qu'il a longtemps été commode de qualifier en termes de « structure » ou de « systèmes » et les dimensions relevant de quelque chose comme d'un « ordre de l'interaction », pour reprendre les termes de Goffman (1983). Cette distinction entre des modes d'intégration

---

over the theatre of Tyburn; it was an arm of politics and politics was one of its arms; it was an academic discipline, subjected to the rigor of its own autonomous logic; it contributed to the definition of the self-identity both of rulers and of ruled; above all, it afforded an arena for class struggle, within which alternative notions of law were fought out »

« systémique » et ceux ancrés dans des coordonnées locales et situées a été au cœur de nombreux systèmes théoriques importants dans la seconde partie du 20e siècle, à partir de l'article fondateur de Lockwood (1964). Ainsi, parmi les contributions récentes majeures à la théorie sociale, Habermas (1987) ou Archer (1996) ont opté pour une sociologie à double entrée, raidissant la séparation entre les niveaux structuraux/systémiques et situés (dans l'analyse) du social. Aussi élégantes soient ces propositions théoriques, elles rencontrent d'une part le problème de leur opérationnalisation sociologique sur le terrain, et portent, d'autre part, le risque de l'oubli de la réalité toujours pratique et processuelle du social. De ce fait, elles portent le risque de déployer ce que Dorothy Smith (2018) qualifiait d'« ontologie molle », c'est-à-dire une approche externe et hypostasiée de la réalité sociale, alors emplie de « mots sans les choses » qui s'autonomisent et finissent par devenir les protagonistes agissants dans de récits sociologiques hallucinés (Chauvier, 2018a). Cette approche, qui se contente de « se planquer derrière les majuscules[34] », parlant uniquement du Droit ou de la Psychiatrie, débouche en fin de compte sur une évacuation des personnes et des pratiques. En effet, le

[34] Selon la formule de Jacques Prévert adressée à André Breton dans *Mort d'un monsieur* (1930) : « Parfois, la bêtise lui couvrait le visage. Il s'en doutait, car il était rusé et se planquait alors derrière les majuscules Amour, Révolution, Poésie, Pureté. » La référence à cette dispute, relativement éloignée de mon propos n'est pourtant pas si lointaine de ses enjeux. Elle montre, dans le champ d'un autre type de production de discours (poétique plutôt que scientifique), le conflit entre des aspirations proprement émancipatrices et intéressées la vie, et des manières de faire engoncées dans l'orthodoxie conservatrice, aussi détonante se prétende-t-elle être.

premier degré de la réification[35], souligne Smith (2004), c'est croire que les concepts sont déterminants — ou comme le note plus poétiquement Chauvier (2018a), en référence à Spinoza, c'est de faire aboyer les concepts de chien.

Le changement social ainsi que les capacités de résistance et de déviation qui appartiennent aux acteurs peinent à trouver une véritable place dans des conceptions rigides (d'une partie[36]) de la société. L'idée d'une structuration systémique de l'action empêche toute prise en compte des forces déviationnistes, à quoi tend à répondre un pôle « personnaliste » ou « individualiste », constitué au sein d'une tradition qui va du libéralisme des lumières à la philosophie existentialiste, en passant par certaines sociologies de l'(inter)action. Ces dernières perspectives s'appuient en revanche de s'appuyer sur l'occultation de la dimension contrainte ou structurée des *initiatives* de l'acteur.

Le problème tient peut-être au fait que le débat épistémologique et théorique se pose, comme souvent,

---

[35] Sur la réification, en tant que catégorie centrale du marxisme hétérodoxe, je peux éventuellement renvoyer à mes travaux : « L'art de masse pour transformer la société ? » (Printz, 2018a) et « Une social-démocratisation de la critique sociale ? De la réification chez Axel Honneth » (Printz, 2018b). On renverra surtout au travail de Frédéric Vandenberghe (1992), bien plus brillant que mes essais en philosophie, sur la réification en tant que chosification méthodologique.

[36] En effet, chez Habermas (1987), la différentiation systémique ne concerne que les domaines économiques et politiques, articulés respectivement au médium de l'argent et du pouvoir. L'action dans le « monde vécu » n'est pas coordonnée de manière systémique, mais par des logiques communicationnelles, orientée vers un idéal de dégagement dialogique du consensus.

sous des formes dichotomiques : d'un côté l'acteur et la « fluidité » de l'action, de l'autre le niveau immuable et « fixe » des instances sociales[37]. Une énième variation de la pensée dichotomique qui, comme le soulignait Dewey, est au cœur du conservatisme[38]. Une autre voie a cependant été empruntée par les sociologies qui se réclament d'un souci toujours premier pour la dimension pratique du social. Il a alors fallu montrer le caractère « serré » du couplage entre les niveaux de la réalité sociale (Malbois, Barthélémy, 2018). Cette perspective alternative repose sur la capacité à proposer des catégories analytiques transverses qui atténuent la discontinuité entre le niveau macrosocial, en général associé à l'institution, et le niveau microsocial, pensé en termes d'action située. L'objectif poursuivi est alors de montrer l'intrication des différents niveaux de la réalité et leur constitution mutuelle, pour sortir des sociologies à double entrée, dont l'articulation est généralement tant complexe qu'elles résultent souvent en une hémiplégie théorique : soit l'action située et ses conditions spécifiquement locales, soit, à l'inverse, la détermination des logiques impersonnelles, sont sacrifiées dans l'analyse.

Il s'agira donc de tenter de déployer une sociologie qui tienne ensemble ces deux *étages* du social et de l'action, celui du niveau local et situé, celui du niveau impersonnel

---

[37] Curtis (2005) montre en effet comment, dans la littérature anglo-saxonne, la dichotomie « Agency/Institution » est attachée à des caractères antagonistes de fluidité et de fixité.

[38] Deledalle (1966) souligne en ce sens que l'anti-dualisme est à la base de toute la philosophie deweyenne : « le seul principe compatible avec les faits et la nouvelle conception de l'expérience est le principe de continuité » (p. 507).

et collectif. À ce titre, j'essaierai de développer une approche constitutive des politiques de santé mentale, montrant la constitution mutuelle entre les macropolitiques et les micro-politiques du trouble. Loin de tout « situationnisme radical[39] » qui chercherait à comprendre *ce qui se joue* dans les seules coordonnées de la situation *hic et nunc*, il faudrait plutôt considérer que l'action située est précisément le lieu où la dimension déterminante des logiques impersonnelles ou institutionnelles peut, et doit, être observée.

Du point de vue de l'observateur, on pourra rendre compte des dimensions sociales de l'action (jeux de langage, cadres de légalité, dimensions morales, paysage institutionnel) à partir des manières dont elles sont rendues pertinentes, et plus ou moins déterminantes, lorsqu'activées dans des situations locales. La problématisation psychiatrique constitue précisément un processus pratique de mise en relation des conditions interpersonnelles et des conditions structurales, par la transformation d'un trouble en maladie mentale et son inscription dans un jeu de responsabilités. Le cœur du travail micro-politique réside en effet dans la configuration problématique du trouble, résultat des processus séquencés de négociation des définitions de la situation et des identités au gré du travail de remédiation et d'appel à des tiers. En ce sens, la micro-politique constitue l'espace de la mise en œuvre et de la prise en compte des cadres structuraux, en même temps que le lieu de processus

[39] Voir, à ce sujet, la merveilleuse postface de Daniel Cefaï (2008) à *La culture des problèmes publics* de Joseph Gusfield.

partiellement affranchis (c'est-à-dire : plus ou moins perméables) des médiations institutionnelles et structurales.

0.2. Enjeux méthodologiques : comptes-rendus

Ce programme de recherche implique de documenter les réactions, pratiques et interprétatives, sur les scènes d'émergence du trouble, en particulier sur celles définies comme familiales : comment le trouble est-il peu à peu intégré à des formes symboliques et pratiques de réponses qui s'inscrivent dans des systèmes de référence psychiatriques et psychosociaux ? Le caractère « privé[40] » de ces scènes, attachées à des dimensions de familiarité et d'intimité relationnelle, entrave partiellement la récolte de données empiriques. La volonté de déployer une analyse fine des réactions aux conduites jugées pathologiques nécessiterait une implication ethnographique directe et prolongée sur les scènes familiales qui permettrait la mise au jour des manières dont ces questions sont *administrées* en pratique par les personnes. À l'analyse cependant, ce type d'engagement ethnographique paraît complexe, voire impossible sous certains aspects.

[40] Il y aura beaucoup à dire sur cette assimilation rapide des sphères familiales à un espace privé. Les littératures féministes ont notamment aiguisé notre regard sur le caractère idéologique de cette assimilation, élément constitutif de la domination masculine et patriarcale (Olsen, 1983 ; Barrett, McIntosh, 1982). Néanmoins, qu'elle soit instrument idéologique de reproduction de certaines formes d'oppression ou non, cette assimilation restreint factuellement l'accès aux terrains familiaux.

L'importance du travail des proches se confronte en effet à des difficultés de taille pour l'enquête sociologique ; elle est assez difficile à documenter, se cognant aux lignes de séparation entre le privé et le public, entre l'invisible et le visible. Les méthodes ethnographiques, pourtant idéales pour décrire ce travail informel réalisé par les proches, butent sur une série d'obstacles qui les rendent difficilement envisageables.

D'une part, cette volonté se confronte à une contradiction logique : l'observation *in situ* et *in vivo* de séquences qui ne sont, par essence, identifiables qu'*a posteriori* relève d'une impossibilité logique (Yarrow *et al.*, 1955). Ainsi, les travaux ethnographiques d'Antoine Hennion et Pierre Vidal-Naquet (2015) sur les arrangements familiaux face à l'Alzheimer d'un membre, de Benoît Eyraud (2012) sur la protection judiciaire des adultes vulnérables ou d'Aude Béliard et Solène Billaud (2015) sur l'attribution ou la transmission du mandat de protection juridique de proches handicapés reposaient sur des situations dont la définition institutionnelle était préalablement stabilisée : le caractère privé des terrains était dépassé par le fait qu'ils étaient déjà identifiés par des agences officielles.

D'autre part, la charge stigmatique liée à de tels phénomènes ne peut être négligée dans les difficultés d'accès à ce type de terrain. En effet, la dégradation du statut de la famille qui accompagne la *défaillance* d'un de ses membres et les sentiments de honte et de culpabilité qui y sont généralement associés constituent des freins majeurs à l'acceptation d'un regard extérieur. Ici, la facture public/privé joue pleinement son rôle pour maintenir la

situation familiale dégradée à l'intérieur des murs domestiques[41].

Enfin, on imagine aisément l'effet délétère que l'appel à un observateur pourrait avoir dans ce type de situation : il deviendrait rapidement un tiers, pris à partie, et sa présence risquerait de renforcer les dynamiques d'exclusion ou de figer les dimensions conflictuelles d'administration familiale du trouble. Une démarche auto-ethnographique pourrait alors constituer une modalité crédible afin de contourner cet obstacle ? Bien que ce type de démarche ait donné quelques résultats intéressants dans la littérature[42], certaines difficultés méthodologiques restent indéniables, outre le fait qu'une telle *opportunité* repose sur l'espoir de voir émerger un trouble dans la propre famille du chercheur.

En effet, il faut mettre en tension la prétention à produire de la connaissance sur la famille, par la mise en place de procédures d'observation, d'enregistrement et de divulgation, avec les traits structurants de l'expérience domestique et familiale dans nos sociétés. L'espace et les relations familiales doivent être appréhendés comme l'un

41 Ces questions sont plus profondément abordées aux troisième et quatrième chapitres de la thèse.

42 Éric Chauvier (2004) a par exemple réalisé une ethnographie familiale particulièrement intéressante, et relativement convaincante, qui porte sur une séquence liée à la maladie de sa mère. De même, si l'on donne crédit à l'hypothèse de Dmitri N. Shalin (2014 a ; 2014b) et Vincenzo Romania (2016), une partie du travail de Goffman serait fondé sur son expérience de la maladie mentale, puis du suicide en 1964, de son épouse, Angelica Schuyler Choate. C'est néanmoins une information que le sociologue canadien n'a jamais livrée, et qui a impliqué un travail d'« herméneutique biocritique » à partir des notes personnelles du sociologue (Shalin, Marx, 2008).

des noyaux historiques de la dialectique entre public et intimité (Habermas, 1993). Certaines littératures féministes ont d'ailleurs largement pointé la portée idéologique des schèmes d'autocompréhension de la structure familiale comme espace d'extraction aux contraintes de publicité et de justification démocratique. Des principes constitutifs de la morale libérale tels que le « droit de visite » kantien ou le « droit de regard » smithien y sont suspendus.

Ces difficultés ont cependant une véritable portée heuristique : l'impossibilité de construire cette recherche sur base d'une observation ethnographique tient alors à une raison éclairante dans le cadre de ma problématique. Le fait de rendre publics de tels éléments soulève les questions de trahison de la confiance et de rupture du secret inhérent à la sphère domestique. Cette difficulté d'accès au terrain sert finalement en tant que ressource importante de compréhension dans la recherche. Elle a aussi des conséquences méthodologiques : si le sociologue peine à présenter, à partir d'observation directe ou même en *première personne*, des éléments issus des sphères d'intimité familiale, il importe de déployer d'autres stratégies méthodologiques, en particulier celle de l'appui sur les comptes-rendus (*accounts*) de leur expérience par les personnes exposées à des troubles, et engagées dans leur problématisation psychopathologique. Cette voie a par exemple été empruntée par Dorothy E. Smith (1978) dans son travail sur la symptomatisation des conduites ainsi que par Robert M. Emerson (2015), dans son travail sur les troubles interpersonnels. Il convient ici de présenter les

données récoltées qui peuvent être assimilées, plus ou moins facilement, à des comptes-rendus, puis de présenter les enjeux de l'utilisation de telles données empiriques et les façons de leur donner sens malgré leur disparité.

0.2.1. Se baser sur les comptes-rendus des personnes

Je dispose de données empiriques hétérogènes, récoltées au cours de diverses campagnes d'entretien, d'observation ethnographique et de récolte de données documentaires. Il semble cependant que les différents corpus constitués peuvent être considérés comme étant composés essentiellement de comptes-rendus de l'expérience de troubles, *quotidiens, mais extraordinaires*, par les personnes qui en sont affectées (les « autres » de la personne fauteuse de trouble). Bien que les contextes de production et les formes d'expression de ces comptes-rendus divergent, ces derniers constituent des manières de rendre compte[43] d'une expérience négative, dans des conditions plus ou moins *naturelles*.

Premièrement, j'ai réalisé une campagne d'entretiens semi-directifs, dans des cadres plus ou moins formalisés, avec des proches de personnes finalement diagnostiquées comme ayant un trouble mental. Il était demandé aux personnes interviewées de rendre compte, de manière chronologique, de leur expérience de la relation avec un

[43] Il est intéressant de noter que le compte-rendu d'une expérience ne constitue pas qu'une pratique descriptive : elle est liée à des enjeux évaluatifs, qui vise d'abord à expliquer les comportements indésirables, et constitue une tentative de dépasser l'écart entre les actions observées et les conduites attendues. Rendre compte, ce n'est pas uniquement raconter, mais c'est aussi justifier ou excuser (Scott, Lyman, 1968).

proche malade mental (enfant, ex-conjoint, parent), depuis ce qu'ils identifiaient comme les premiers signes du trouble jusqu'au diagnostic et à l'intervention d'agences. Les retranscriptions de ces entretiens constituent un premier corpus empirique sur lequel je m'appuierai.

Deuxièmement, entre 2019 et 2021, j'ai observé des groupes de parole de proches de personnes malades mentales, ainsi qu'un module de psychoéducation qui réunissait une quinzaine de personnes confrontées à des situations familiales troublées, et généralement problématisées comme une affection psychopathologique ou une vulnérabilité psychique. Ces espaces constituent des lieux d'expression de l'expérience des proches et de récit des troubles vécus sur leurs scènes familiales. Je considérerai donc le matériau empirique récolté comme pouvant être associé à des comptes-rendus d'expérience.

Entre 2018 et 2023, j'ai aussi assisté à près de 150 audiences de mise en observation à Bruxelles. Lors de celles-ci, les acteurs en présence (personnels médicaux, personnels judiciaires, malades, proches éventuels) doivent rendre compte, dans des formes particulières certes[44], du trouble et de son assimilation, possible ou non selon les perspectives, à une maladie mentale.

Enfin, une campagne de récoltes de données documentaires a été effectuée au sein des archives du service « défense sociale » du parquet de Bruxelles. Une centaine de « dossiers aliénés » ont été consultés et, en partie ou en tout, retranscrits. Parmi les documents

[44] Ce sera plus spécifiquement l'objet du septième chapitre de cette thèse.

récoltés (procès-verbaux, rapports médicaux, etc.) figurent en particulier des textes rédigés par les proches, qui constituent des récits de l'expérience domestique troublée, en vue de provoquer l'intervention d'une agence officielle[45]. En ce sens, il me semble possible d'en faire usage en tant que compte-rendu de l'expérience familiale, puisqu'ils constituent la plupart du temps une expression problématisée du trouble. Bien que les comptes-rendus produits dans ces circonstances soient clairement produits à des fins particulières, ils constituent un matériau digne d'intérêt.

Quelques précautions doivent néanmoins être prises dans le traitement du matériau empirique ainsi récolté : les comptes-rendus sont produits dans des conditions particulières, *a posteriori* et à destination de personnes qui n'étaient pas engagées dans le trouble — en l'occurrence, le sociologue ou les membres d'un groupe de parole pour les proches de personnes malades mentales, au besoin le procureur du Roi ou un juge de paix.

Les données produites par les comptes-rendus « intègrent le récit d'un problème par quelqu'un après coup, plutôt que la description d'une interaction troublée observée ou enregistrée telle qu'elle s'est produite en temps réel [46]» (Emerson, 2015, p. 22). Cette dimension rétrospective du compte-rendu est cruciale puisqu'elle implique

[45] Une analyse plus systématique de ces requêtes constitue le cœur du sixième chapitre de cette thèse.

[46] Ma trad. : « *incorporate someone's telling about a trouble after the fact, rather than a description of a troubled interaction observed or recorded as it occurred in real time* ».

nécessairement une certaine organisation du récit[47], en fonction de la connaissance de son issue par l'énonciateur (Katz, 2015). En ce sens, elle est sous-tendue par l'hypothèse que le récit relate la *découverte* d'une maladie mentale[48]. L'ensemble des manières de rendre compte des faits est donc ordonné en fonction d'un certain « modèle conceptuel » (Smith, 1978). La dimension rétrospective de ces comptes-rendus, délivrés (oralement ou par écrit) au cours d'entretiens sociologiques, de groupes de parole ou dans les cours d'action institutionnelle, soulève un premier problème méthodologique : celui de la « reconstruction narrative » (Williams, 1984). En outre, le registre discursif et les catégories mobilisées par les personnes lorsqu'elles rendent compte d'un trouble portent le risque d'une « captation institutionnelle » (Smith, 2018).

0.2.2. Rationalisation a posteriori

L'appui de mon travail sur une posture compréhensive, qui entend s'adosser à une perspective « émique[49] » sur les phénomènes sociaux, court le risque de se confronter à des rationalisations *a posteriori* des processus, insérées dans des formes linéaires et causales, ainsi que des registres

---

47 Michael Balint (2003) a montré les enjeux d'« organisation » de la maladie par le médecin, c'est-à-dire de mise en ordre et en cohérence d'une série d'éléments hétérogènes. Cette organisation peut évidemment être opérée en amont, ou en parallèle, de l'intervention médicale, par les personnes affectées par les manifestations du trouble.

48 Goffman (1973) sur la « maladie mentale » ou le « malade mental » : ces termes « expriment les points de vue de parties qui soutiennent des intérêts particuliers » (p. 359).

49 C'est-à-dire basée sur les expériences et perceptions, et donc sur les manières dont les phénomènes sont décrits et compris par les personnes (Spiers, 2000).

discursifs et catégoriels déjà élaborés. En d'autres termes, la manière de dire les situations passées est influencée par la connaissance des évènements et les diverses médiations institutionnelles ultérieures. On peut commencer par l'analyse d'un de ces comptes-rendus, pour y déceler les caractéristiques et éventuels *biais*. Ici, l'extrait d'un long entretien réalisé avec la mère d'une personne diagnostiquée comme schizophrène une dizaine d'années auparavant, elle y explique ce qu'elle considère comme le « basculement » de son fils :

> Bon ben donc moi j'ai deux enfants et c'est le plus jeune de mes enfants qui… c'est vrai que l'adolescence… lui il souffre de schizophrénie hein c'est ce qui lui a été diagnostiqué, et c'est vrai que c'est un enfant qui était très sportif, qui bougeait beaucoup, très sociable, voilà donc qui avait beaucoup de facilités à l'école donc il a pu finir ses secondaires et c'est vrai que par exemple ses profs lui disaient qu'il avait une intelligence extraordinaire et il ne faisait rien, donc je suppose que la maladie s'installait déjà quoi, c'est vraiment quelqu'un qui avait énormément de facilités, mais qui avait besoin de bouger beaucoup, avec le temps peut-être que c'était déjà des angoisses, on ne sait pas dire, mais voilà, et puis c'est vrai que l'adolescence est devenue un peu plus difficile, et c'est vrai qu'au départ on a plus remis ça sur une adolescence difficile, un peu comme tous les parents je pense […] progressivement il n'a plus vu ses amis, il s'est replié, il s'est un petit peu de plus en plus… il a commencé à fumer de l'herbe aussi et moi j'étais assez tracassée par ce truc-là […] moi je n'étais pas tranquille, je sentais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, mais vous savez on n'imagine pas un truc comme ça. Ce n'est pas comme une maladie qui est là

> depuis le début, c'est quelque chose qui arrive progressivement, insidieusement, on ne s'attend pas du tout à ça quand on a un enfant qui fonctionne bien. […] C'était quand même beaucoup le repli, d'être beaucoup dans sa chambre, de ne pratiquement pas sortir. […] Et puis on est parti une semaine avec mon mari en vacances pendant… il était tout seul, on lui avait préparé des plats tout ça, peut-être que je mélange un peu des trucs, mais en plus progressivement au niveau de… ça fait quand même 16 ans. Quand il est revenu nous chercher à la gare, on est revenu en train de l'aéroport, quand il conduisait, il conduisait comme ça [elle mime une conduite dangereuse]. Et mon mari a dit « mais tu conduis comme ça ? Mais moi je ne veux plus que tu conduises, qu'est-ce qu'il se passe ? »

On le voit dans cet extrait, le caractère éminemment contingent de la succession des évènements telle qu'elle se construit tend à disparaître derrière des mises en récit linéaires, d'apparence nécessaire et rationnelle. En effet, la dimension rétrospective des comptes-rendus tend à mettre de la *nécessité* où il n'y avait que de la *contingence* dans les cours d'action, s'appuyant sur les connaissances ultérieures pour caractériser ce qui s'est produit auparavant. L'ensemble des éléments passés sont interprétés au regard de la qualification psychiatrique finale. Ainsi, on voit par exemple la rationalisation symptomatique d'une « adolescence difficile » par l'idée que « la maladie s'installait déjà ». La maladie mentale, finalement diagnostiquée, est considérée comme entité sous-jacente, potentiellement déjà présente depuis le début, ce qui induit un écart très clair entre l'interprétation

des conduites *a posteriori* et celle qui en est faite en temps réel. Comme le note Emerson (2015), prenant l'exemple de la maladie d'Alzheimer

> [L]'identification des premiers signes de l'apparition de la maladie d'Alzheimer dans des trous de mémoire ou des épisodes particuliers de désorientation repose sur la reconnaissance ultime de la maladie d'Alzheimer afin d'attribuer à ces évènements antérieurs une signification qui n'était pas présente, ou pas de la même manière, au moment où ils se sont produits pour la première fois.[50] (p. 25)

Dans le cas qui nous occupe, cette dimension rétrospective participe aussi à occulter les interprétations antérieures des conduites. Ainsi, bien que soient évoquées différentes interprétations du trouble (adolescence difficile, cannabis, etc.), la manière d'en rendre compte est influencée par la compréhension du trouble au moment de l'entretien. La liaison des évènements à la même instance interprétative (ici, la maladie) ne l'était par définition pas au moment de leur occurrence. Ainsi, le repli et les problèmes relationnels du fils ne sont associés au diagnostic de schizophrénie qu'*a posteriori*. Il s'agit là d'un des biais centraux des comptes-rendus : leur caractère rétrospectif qui distord partiellement la dimension processuelle et itérative des réponses aux

[50] Ma trad. : « *Similarly, locating the first signs of the onset of Alzheimer's disease in memory lapses or particular episodes of disorientation relies on the ultimate recognition of Alzheimer's in order to attribute a significance to these earlier events that was not present, or not present in just the same way, at the time when they first occur.* »

troubles par la reconstruction narrative de la linéarité et de la continuité[51].

0.2.3. Sélection et partialité

Un autre problème méthodologique est soulevé par Emerson (*Id.*) : la dimension « sélective » des comptes-rendus. En effet, ceux-ci ne rendent compte que de l'expérience d'une des parties engagées dans ces séquences. Or, comme on le verra, la psychiatrisation d'un trouble s'inscrit dans des rapports sociaux conflictuels, la maladie mentale se manifestant en général sous la forme initiale d'un trouble interpersonnel : ce trouble scinde les environnements sociaux en deux parties — la partie troublée et la partie *fauteuse de trouble*. Dans ce cadre, une perspective partielle est nécessairement partiale. Les comptes-rendus sur lesquels je me base constituent une expression de la perspective des « autres » de la personne fauteuse de trouble, occultant celle de cette dernière, et les versions alternatives qu'elle pourrait donner pour interpréter les faits et les conduites.

Smith (1978) a montré les enjeux de la sélectivité des comptes-rendus et de la manière dont ils viennent à *forcer* une interprétation psychopathologique :

> Bien sûr, les évènements réels étaient beaucoup plus riches, beaucoup moins ordonnés, simplement beaucoup

[51] Pourtant, en situation, on peut considérer que les interprétations du trouble sont plutôt marquées, dans un premier temps du moins, par des hypothèses axées sur le caractère temporaire des troubles. Ainsi, la préférence pour l'idée d'un « self provisoire » (*temporary self*), c'est-à-dire d'une identité personnelle transitoire, trouvant des explications et des justifications dans des conditions extérieures et passagères (Warren, Messinger, 1988).

> plus, que ceux qui sont organisés dans une interview d'une heure environ ; et en fait, ils auraient pu être travaillés de manière différente de celle choisie par le répondant. Il y a donc eu des processus de sélection radicaux ; beaucoup de choses ont été laissées de côté et ce qui a été laissé en place a été ordonné pour donner au lecteur une cohérence qui n'était pas présente dans les évènements.[52] (pp. 27-28)

Les éléments sélectionnés du récit sont organisés selon un schéma narratif particulier, celui d'une croissance progressive du trouble, depuis des incidents mineurs vers des évènements de plus en plus graves. Ainsi, partant d'un isolement relationnel, la mère inscrit son compte-rendu dans une trame chronologique marquée par l'aggravation : consommation de stupéfiant, puis incapacité à la conduite automobile[53]. Plus tard dans l'entretien, elle mentionne des épisodes d'angoisse et de tétanie, et encore plus tard, un moment de violence physique. Elle exprime elle-même la difficulté à reconstruire la trame chronologique, et

---

[52] Ma trad. : « *Of course, the actual events were much richer, much less orderly, simply much more, than those arranged into an interview of an hour or so; and indeed, might have lent themselves to being worked up in different ways from that selected by the respondent. So radical processes of selection have gone on ; a lot is left out and what is left in is ordered to provide a coherence for the reader which was not present in the events.* »

[53] Cet exemple est intéressant, car sa portée symbolique semble très forte, à plus d'une raison. D'une part, dans nos sociétés occidentales, la conduite automobile est une activité liée à la majorité, dont la licence constitue un moment important de reconnaissance du passage à l'âge adulte et un véritable vecteur d'autonomie. L'incapacité à conduire risque donc de procéder d'une dégradation de statut et d'un accroissement de la dépendance matérielle à l'égard d'autrui. D'autre part, la perte de maîtrise dans cette activité soulève évidemment la question de la dangerosité. Le fait que le fils soit jugé incapable de conduire inscrit donc la situation dans des registres liés à (la perte de) l'autonomie et à des enjeux sécuritaires — ces deux registres qui sont, on le verra, des axes structurants de la problématisation psychopathologique sévère à l'heure actuelle.

l'attraction du modèle linéaire d'aggravation du trouble : « peut-être que je mélange un peu les trucs […] ça fait quand même 16 ans » puis elle poursuit, plus tard dans l'entretien :

> Enfin, 16 ans depuis qu'il est entré en 2006 à [institution bruxelloise], mais on peut dire que, vraiment, où il a décalé c'était en 2014. Avant, les symptômes étaient déjà là, mais il n'y avait pas encore vraiment un basculement. C'est vraiment quelque chose qui arrive très progressivement…

Sans dénier, en aucune façon, la réalité de son expérience, on peut considérer sans doute que le schéma narratif repose sur une certaine sélection ou accentuation d'évènements, et l'occultation corrélative d'une multitude d'autres. La mère rend compte du trouble à partir d'un modèle linéaire et univoque : la trajectoire décrite est celle de l'entrée en psychose du fils ; une entrée en psychose, c'est une aggravation progressive des conduites observables, marquée par une incapacité croissante, et souvent une dangerosité pour soi ou pour autrui, en raison de la progression d'une entité morbide. C'est exactement ce schéma narratif qu'emprunte le compte-rendu analysé. Pourtant, la manière de rendre compte de l'expérience ne serait bien entendu pas la même si l'entretien avait été effectué avant l'intervention d'agences, avant que l'hypothèse psychopathologique ne soit adoptée, ou même dans un contexte où une hypothèse religieuse aurait par exemple été privilégiée. Les évènements sélectionnés à l'appui de la démonstration ne seraient sans doute pas les mêmes, quand bien même ils le seraient,

l'interprétation qui en serait donnée divergerait sans aucun doute.

0.3. Plan de la thèse

Dans le premier chapitre, je dessine les contours de l'approche théorique qui constitue l'arrière-plan de cette thèse. Celle-ci permet de donner un sens général et une trame analytique commune aux diverses scènes sociales observées. Cette approche est axée sur la notion de « régulation » qui entend décrire l'ensemble plus ou moins stabilisé des pratiques visant à maintenir ou transformer le monde social. Je discute en détail des dimensions de cette approche, notamment son rapport à la reproduction sociale, sa connexion aux problèmes sociaux, son ancrage historique dans les modes de régulation, et son potentiel d'articulation micro/macro. J'aborde les enjeux théoriques liés à l'articulation des échelles sociologiques, et j'opte pour une perspective transversale qui dépasse les approches verticales de la société et surmonte les apories des perspectives du contrôle social. L'approche par la régulation est alors caractérisée par quatre dimensions clés : sa relation à la reproduction sociale (en complémentarité à la production sociale), ses affinités avec les perspectives centrées sur les problèmes sociaux ou les problèmes publics, son ancrage historique et son insertion dans un « mode de régulation » et enfin, l'articulation qu'elle permet entre les échelles micro et macro (notamment par la place qu'elle laisse à la micro-politique).

Le deuxième chapitre s'attaque, dans cette volonté d'articuler les échelles sociologiques, à la question de la

problématisation psychopathologique de *troubles quotidiens, mais extraordinaires*. J'y examine l'importance cruciale de la notion de « trouble » en tant qu'expérience négative, servant de fondement à des opérations d'imputation de responsabilité (l'inférence d'une responsabilité *du fait*, l'implication d'une responsabilité *de faire*). Partant de ces opérations ancrées dans des contextes situés, j'analyse la manière dont des logiques institutionnelles, des structures historiques et des cadres impersonnels, représentatifs de formes générales de régulation, orientent ces opérations dans des situations données. La deuxième section de ce chapitre se consacre à une exploration approfondie de la constitution historique et des formes générales de régulation de la « question psychique », envisagée comme le résultat de la problématisation de troubles à la fois quotidiens et extraordinaires. En mettant l'accent sur cette opération de problématisation, l'objectif est de dévoiler l'entrelacement des niveaux de la réalité sociale et d'apporter une perspective sociologique éclairante à ces objets.

Le début de la seconde partie de la thèse est amorcé par le troisième chapitre, consacré au travail familial de remédiation des troubles dans des espaces privés. Ce chapitre sera le lieu pour détailler les formes spécifiques et les enjeux liés aux micro-politiques familiales, car ces éléments sont fondamentaux dans la régulation de la question psychique. Le chapitre sera dédié à l'exploration, à partir de données diverses, des aspects centraux de ces micro-politiques du trouble qui se manifestent dans des contextes familiaux. Dans un premier temps, je rappelle

succinctement les caractéristiques du modèle micro-politique. Je montre comment, du point de vue sociologique, cette question ne peut être appréhendée que comme un processus de travail interprétatif et pratique visant une remédiation de l'expérience négative. J'enrichis ensuite ce modèle à l'aide des données empiriques recueillies lors d'entretiens et d'observations des groupes de parole de proches, afin de développer les dimensions centrales liées aux dynamiques relationnelles de collusion, aux luttes définitionnelles qu'elles suscitent, ainsi qu'à la propension naturelle de ces séquences de conflit interpersonnel à intégrer des tiers, d'abord informels puis officiels.

Dans le quatrième chapitre, je tente d'enrichir le modèle de la micro-politique du trouble présenté dans le chapitre précédent, en intégrant les motifs du « souci » à ceux, déjà très développés dans le chapitre précédent, de l'« irritation ». Je montre que les séquences de micro-politiques du trouble, surtout lorsqu'elles prennent place sur des scènes familiales, ne peuvent être uniquement décrites à partir d'une volonté de contention du ravage pour les ordres sociaux. En effet, les micro-politiques familiales du trouble sont aussi liées à la nécessité de supporter la personne fauteuse de trouble et de pallier les défaillances dans le processus de son individualisation, entendue comme le processus existentiel lié à la satisfaction des attentes en termes d'autonomie, de propriété de soi, d'exercice personnel des droits et obligations, et du maintien de soi en public. J'explore alors le soutien et l'assistance qui émanent souvent de la famille

lorsque la personne ne parvient pas à répondre à ces attentes en raison d'un trouble problématisé comme une maladie psychiatrique. Je me penche sur ce que je qualifie d'« idéologie de la famille », une conception organisant la présomption du rôle social de la famille envers ses membres, tant de manière générale que spécifiquement dans le domaine des soins psychiatriques. Ce chapitre clôt la deuxième partie de la thèse.

Le cinquième chapitre initie la troisième partie de la thèse en s'intéressant à la question de la « découverte » des droits dans la relation troublée. Je me penche alors sur l'importance des aspects constitutifs du droit lors de la survenue d'un trouble au sein de scènes familiales. Fondé sur des entretiens et l'analyse de documents recueillis, le chapitre vise à mettre en lumière le rôle des proches lorsqu'ils font face à un trouble au sein de relations au départ définies comme familiales. Au cours de la problématisation psychiatrique du trouble, la configuration légale des relations se manifeste petit à petit, elle est « découverte » au fil du travail réalisé par les proches et de l'intervention de certains intermédiaires. Je montre que cette configuration légale doit être envisagée en lien avec les formes de régulation des problèmes psychiatriques qui impliquent des conceptions spécifiques du trouble mental et des responsabilités des différents acteurs impliqués (répartition des tâches entre la personne concernée, ses proches, les institutions). Elle émerge particulièrement lors de l'appel à des tiers (tiers informel, police, corps médical, etc.) qui agissent en tant qu'« intermédiaires » du droit, réaffirmant ainsi les

paramètres légaux qui organisent la situation et sa régulation. J'introduis alors l'idée de « possession de soi et de ses problèmes » comme cœur du discours des droits. Je montre que cette présomption à l'égard de la personne, sécurisée du point de vue légal, favorise une régulation basée sur la participation active et responsable des individus et de leurs familles, et renforce un mode de régulation privée, conditionné par le consentement voire la demande individuelle.

Le sixième chapitre vise à clarifier les formes de la demande du « renversement normatif », c'est-à-dire de la suppression extraordinaire de la présomption légale de possession de soi et de ses problèmes, telle que développée dans le chapitre précédent. Divisé en cinq parties, il vise essentiellement à spécifier les différentes dimensions de l'acte de requête, lorsqu'il est posé par les proches. Tout d'abord, j'examine la requête d'hospitalisation contrainte dans son contexte institutionnel, la caractérisant comme une mesure de « dernier recours ». Cette requête, résultat difficile de processus micro-politiques infructueux, marque à la fois la détérioration d'une vie familiale et le début d'une action institutionnelle, représentant un potentiel basculement d'un cadre normatif à un autre. La deuxième partie se concentre sur les aspects matériels de la requête, considérant les conditions concrètes de son élaboration. Dans la troisième partie, j'explore le contenu des énoncés de la requête en analysant les manières par lesquelles les personnes requérantes configurent l'expérience du trouble à travers des trames narratives, l'inscrivant dans des

dynamiques temporelles et écologiques et le replaçant dans une éventuelle *histoire psychiatrique personnelle*. La quatrième partie montre comment le récit du trouble est étayé par la présentation d'éléments factuels significatifs, illustrant comment les requérants certifient la *vérité* de leur récit en montrant la maladie mentale et la dangerosité. La dernière partie de ce chapitre examine les opérations normatives engagées par ces requêtes et explore les demandes des personnes requérantes lorsqu'elles sollicitent une hospitalisation contrainte.

Enfin, dans le chapitre final de cette thèse, j'explore, à travers une analyse ethnographique approfondie des audiences, les facteurs sous-jacents à la qualification d'une personne en tant que sujet nécessitant une protection en raison de troubles mentaux, condition juridique qui marque le passage d'un régime de soins standard à un régime de contrainte. Je souhaite mettre en lumière, à partir de mes observations, le processus de prise de décision judiciaire lorsqu'il vise la production d'une qualification médico-légale. Cette qualification est orientée en fonction de certaines finalités, notamment celles qui visent à déclencher le basculement du régime de soins vers une approche coercitive. Mon objectif est d'analyser comment ces qualifications médico-légales émergent au sein des interactions concrètes, tout en tenant compte des influences des cadres macrosociaux, des tendances globales, et des normativités externes qui façonnent l'interaction judiciaire.

1.
DE LA RÉGULATION : CADRES THÉORIQUES POUR INVESTIGUER LES RÉPONSES SOCIALES À DES TROUBLES EXTRAORDINAIRES À DIFFÉRENTES ÉCHELLES

> À nos yeux, il n'y avait pas — en tout cas pas dans notre mode de vie — de séparation entre ce qui aurait relevé de la politique et ce qui aurait relevé de la culture, et, du reste, nous rejetions ces deux catégories en tant que forme même de la séparation.
>
> Alèssi Dell' Umbria, *Du fric ou on vous tue !*

Il s'agit dans un premier temps de se doter de cadres d'analyse qui permettent d'appréhender les manières de faire face à un trouble et de le qualifier, sans présupposer une disjonction radicale entre les niveaux de l'action (classiquement plutôt attaché à l'informel, au familier, à l'interpersonnel, au moral, etc.) et de l'institution (classiquement plutôt attaché au formel, au plan, à l'impersonnel, au droit, etc.). L'ensemble des activités, des temps et des lieux consacrés au contrôle et au soin, me semble devoir être pensé de manière continue et transverse. Cela ne veut pas dire par exemple que les soins

domestiques, les stratégies d'évitement des passants[54] et la prise en charge médicale dans un service hospitalier se valent. Cela signifie en revanche que, depuis toujours, « l'institution n'est qu'un des temps et des lieux de l'administration de la folie » (Le Bras, 2016, p. 187). Cela veut aussi dire, et c'est particulièrement important à l'heure de la désinstitutionnalisation, que ces soins domestiques et ces stratégies d'évitement doivent être pensés comme constitutifs de la régulation de la question psychique — en aucun cas comme des îlots résiduels constitués dans les creux des politiques psychiatriques. Il s'agit donc de se permettre de penser le « travail » des personnes qui font face à un trouble, peu importe que celui-ci soit inscrit dans des motifs familiers de « souci » et d'« irritation »[55], ou organisé par un « mandat » professionnel, tout en reconnaissant que sa nature sera éminemment différente. On retrouve alors les formes « mobiles » et « intermittentes » de la régulation de la question psychique. Isaac Joseph (1996a) notait à ce sujet :

> À l'opposition simple (ou simpliste), centrale dans la pensée critique des années 1970, entre l'enfermement asilaire d'une part et, d'autre part, la « communauté» susceptible de s'y substituer pour prendre en charge le malade mental, il faut donc préférer une configuration clinique plus complexe où le malade mental est tantôt

[54] Il s'agit d'un des exemples classiques donnés par Michael Lynch (1983) pour illustrer les formes « vernaculaires » de réaction aux conduites pouvant être attachées des problématisations psychopathologiques.

[55] L'irritation et le souci constituent les deux « vocabulaires de motifs » identifiés par Emerson (2015) dans son travail sur les micro-politiques du trouble. Je y reviendrai plus largement dans le quatrième chapitre.

> soumis à des formes peu différentes, même si elles sont plus « fluides », de relégation, tantôt « contenu » par son entourage ou par des dispositifs relationnels (« d'alignement collusoire », dirait Goffman) et tantôt, il est vrai, pris en charge comme le fou du village par ses voisins de quartier. (p. 109)

Cette « configuration clinique », je l'aborderai alors au moyen de la notion de « régulation » : le travail psychiatrique et psychosocial, professionnel ou non, s'inscrit en tant que pratique située, dans un cadre plus large qui peut être utilement défini au moyen de l'idée de « régulation », dont participent largement, pour des raisons structurelles autant que conjoncturelles, les micro-politiques du trouble, sur lesquelles je reviens dans le troisième chapitre de cette thèse.

Dans ce chapitre, je présente le cadre théorique propice à rendre compte des évolutions des réponses sociales aux phénomènes psychiatriques. Je développe une approche par la régulation et montre comment la question micro-politique[56], en tant qu'ensemble des manières infra-institutionnelles et interpersonnelles d'administrer certains types de troubles, doit s'y insérer. La « régulation »

[56] Pour rappel, la notion de « micro-politique » vise à désigner l'ensemble des opérations des personnes faisant face à un trouble, en vue de le définir et de le contenir, dans la mesure où ces opérations se déroulent dans des espaces *infra-institutionnels*. La micro-politique constitue le segment situé et interpersonnel des politiques des troubles mentaux. Le cœur du travail micro-politique réside dans la configuration problématique du trouble, résultat des processus séquencés de négociation des définitions de la situation et des identités au gré du travail de remédiation et d'appel à des tiers. La micro-politique désigne en ce sens le travail, d'interprétation et de remédiation, préliminaire à toute saisie institutionnelle du trouble. Cette notion sera largement développée dans le troisième chapitre de cette thèse.

désigne l'ensemble des réponses sociales instituées dont une société se dote en vue d'assurer le maintien ou la transformation de l'ordre social. Il s'agit donc de l'ensemble des pratiques, dispositifs et normes qui concernent la reproduction sociale[57]. Les formes de régulation de la question psychique sont évidemment, et à présent plus que jamais, centrales au sein du « mode de régulation » de nos sociétés. Parmi celles-ci, les formes micro-politiques prennent une place centrale, pour des raisons tant théoriques qu'historiques et conjoncturelles. Il importe donc de se doter de cadres, opérant aux niveaux macrosociologique et microsociologique.

Dans un premier temps, je rends compte des enjeux théoriques concernant l'articulation des différentes échelles sociologiques, et de la nécessité de trouver une perspective relativement transversale. Dans ce souci de sortir des approches verticales, je propose l'approche par la régulation pour dépasser la perspective ascendante des sociologies du contrôle social. Je développe ensuite les dimensions centrales de cette approche : son rapport à la question de la reproduction sociale, son lien à la perspective des problèmes sociaux, son inscription plus

[57] Cette insistance sur la reproduction sociale permet, et c'est plus que nécessaire en l'espèce, d'intégrer les questions relatives au travail reproductif et les perspectives du *care*. La perspective permet une prise en compte transverse du travail formel articulé aux agences officielles et de l'ensemble du travail domestique. Plus généralement, elle permet d'amorcer des voies théoriques pour une prise en compte des processus sociaux qui ne sont pas rabattables sur les rapports de production. Il s'agit de prendre en compte une série de médiations sociales qui ne sont pas économiques, sans bien sûr dénier l'importance de ces dernières.

générale dans une analyse historique des modes de régulation, et l'articulation micro/macro qu'elle permet.

1.1. Des enjeux théoriques

1.1.1. Dépasser le contrôle social ?

On peut rendre compte des approches[58] de la régulation en retraçant l'histoire de la construction de la notion en tant que résultat de la critique des perspectives du « contrôle social »[59]. La « régulation » offre une conception plus large et pluraliste que celle du « contrôle social » et, surtout, permet l'insistance sur le conflit, les résistances et les capacités contre-hégémoniques des acteurs. En ce sens, elle ouvre une sociologie de l'action, ce qui apparaissait complexe dans le cadre des théories très monolithiques, et souvent anhistoriques, du « contrôle social », qu'elles soient fonctionnalistes ou critiques.

1.1.1.1. Conceptions classiques, conceptions critiques

Une conception classique en sociologie au sujet de l'économie normative des sociétés repose sur les modèles du contrôle social. Celle-ci émerge dans un premier temps

[58] On évitera de parler de « théories », étant donné l'usage spécifique du syntagme « théorie de la régulation sociale » ou TRS dans le courant constitué à la suite de Reynaud (1997). On parlera alors plutôt d'approche ou de perspective par la régulation. Derrière le débat terminologique se cache en outre une volonté de se doter d'une série d'outils d'analyse souples et non contraignants. En ce sens, inscrire son travail dans une perspective ou une approche semble évidemment convenir mieux à cet objectif que de mobiliser une théorie.

[59] Ces perspectives ont été très importantes dans le champ d'étude des pratiques psychiatrique et des réponses sociales à la « folie ».

au sein des théories fonctionnalistes, dont celle de Talcott Parsons (1963) constitue sans doute la version séminale. La sociologie parsonienne institue le contrôle social en paradigme décrivant la réaction du système social face à la déviance. Cette dernière est considérée comme une défaillance de la socialisation, en tant que processus d'« internalisation des valeurs sociales[60] » (p. 206), qui engendre des sanctions négatives comme mécanisme de correction. En ce sens, un mécanisme de contrôle social est « processus motivationnel chez un ou plusieurs acteurs individuels qui tend à contrecarrer la tendance à la déviance par rapport à la réalisation des attentes liées au rôle[61] » (*Id.*). Chez Parsons, ce processus constitue donc « un mécanisme de rééquilibrage[62] » (*Id.*) face à la menace que fait peser la déviance sur la stabilité sociale. De là, il ressort une conception univoque, nécessaire et non pluraliste des réactions sociales à la transgression normative ou la déviation sociale. Le contrôle social assure une conformité des conduites aux orientations normatives qui permet l'intégration fonctionnelle des différents éléments du système social. En ce sens, le contrôle social opère finalement indépendamment des individus, il est un *fait social* au sens durkheimien (Hunt, 1993).

Les courants critiques ont proposé une version plus fine de la réaction sociale à la déviance, tentant de sortir de la conception mécaniste du fonctionnalisme, incapable

---

[60] Ma trad. : « *internalization of social value-orientations* ».

[61] Ma trad. : « *a motivational process in one or more individual actors which tends to counteract a tendency to deviance from the fulfillment of role-expectations* ».

[62] Ma traduction : « *a re-equilibrating mechanism* ».

d'appréhender les antagonismes, le conflit et le changement social. Pourtant, le contrôle social continue toutefois d'y désigner dans la plupart des cas « ce qui tend à obtenir l'équilibre des processus sociaux ou à rétablir cet équilibre quand il est rompu » (Petit, 2005, p. 35). Phénomène social par essence réactif, il est conçu comme vertical, s'exerçant depuis les positions dominantes de la société. De ce fait, à mesure de l'usage de la notion, celle-ci se charge d'une « connotation péjorative » importante (Fecteau, 2004). Ce phénomène se produit en particulier dans la sociologie interactionniste américaine de la déviance, au sein de laquelle la théorie de la réaction sociale constitue le vecteur de l'évaluation d'abord négative du contrôle social. Dans le contexte d'une sociologie urbaine naissante à Chicago[63], dont l'intérêt pour la déviance est nourri d'une certaine sympathie critique à l'égard des pratiques marginales et transgressives de l'ordre normatif, va progressivement se renforcer l'association du « contrôle social » aux pratiques de surveillance et de répression[64]. Dans un sens proche,

[63] Howard Becker (2022) livre un récit intéressant de la constitution de la « seconde école de Chicago » dans la revue AOC. On se référera sinon à l'ouvrage de référence de Jean-Michel Chapoulie (2016) pour une histoire contextualisée de la naissance et de la postérité de la tradition sociologique de Chicago, ou à l'ouvrage d'Albert Ogien (2018) consacré spécifiquement à la sociologie de la déviance.

[64] Ainsi, Cumming, Cumming et Edell (1965), dans leur travail sur la police, oppose par exemple les dimensions de support et les dimensions de contrôle qui constituent le travail de gestion de la déviance par l'agent de police. Ces deux dimensions réactives sont considérées comme relativement inconciliables : « il est difficile pour un agent d'exercer à la fois le soutien et le contrôle et que tout agent a donc tendance à se spécialiser dans l'un ou l'autre aspect du processus d'intégration. » (Ma trad. : « *it is difficult for an agent*

l'ouvrage classique d'Howard S. Becker (2012) sur l'« étiquetage » et la place qu'il donne aux « entrepreneurs de morale » peut être lu comme un marqueur de cette évolution. Dans ses travaux sur les fumeurs de marijuana ou les musiciens de jazz, le jugement de déviance est le fait des groupes sociaux en position dominante, dont l'intérêt est le maintien de leur privilège moral au sein de la société.

Plus marquant cependant, selon Castel (1988) ou Fecteau (2004), la parution, presque simultanée, en 1961, de l'*Histoire de la folie à l'âge classique* de Foucault (1977) et d'*Asylums* de Goffman (1968) marque le tournant de l'assimilation complète du « contrôle social » à la normalisation et la déshumanisation. Le contrôle n'est plus alors un mécanisme social nécessaire à la stabilité de la société, mais le moyen central (et centralisé) de la mise au pas, de la disciplinarisation et de la transformation unilatérale des voix déviantes et des corps déviés. Ainsi, dans le cas de la réaction à la déviance, l'assimilation du contrôle à l'« orthopédie sociale » et aux mécanismes disciplinaires (Foucault, 2008) sature progressivement les manières de le penser, éloignant progressivement la notion de sa définition parsonienne, liée aux « processus normaux d'interaction dans un système social intégré[65] » (Parsons, 1963, p. 301).

1.1.1.2. Pouvoir et construction de la réalité

to exercise both support and control at the same time and that any agent tends, therefore, to specialize in one or the other aspect of the integrative process. »)

[65] Ma trad. : « *normal processes of interaction in an institutionally integrated social system* ».

Il peut paraître hâtif d'assimiler à ce point les travaux de Goffman à ceux de Foucault, autant que de considérer qu'ils opèrent une telle rupture avec les perspectives parsoniennes[66]. Néanmoins, la posture critique sous-jacente à *Asylums* a été largement soulignée, tant pour montrer les évolutions dans la pensée de Goffman (Shalin 2014a ; Romania, 2016) que pour assimiler ses premiers travaux, avec intelligence, mais parfois un peu précipitamment, aux courants antipsychiatriques (Sedgwick, 2015). En ce sens, elle partage peut-être un peu du scepticisme à l'égard de la réalité des phénomènes sous-jacents à la prise en charge de la réclusion. Comme le souligne Robert Castel (1988), chez Goffman,

> la meilleure clé pour comprendre la vie asilaire n'est donc pas la prétention thérapeutique affichée, mais le type de relations sociales qu'elle instrumentalise, un organigramme de pouvoir que l'on peut retrouver, avec des variantes, au principe de l'organisation d'autres institutions comme les casernes, les couvents, les camps. Ici aussi, le décrochage par rapport aux raisons officielles interprétées comme des rationalisations débouche aussitôt sur le dévoilement de la fonction objective de l'institution, élément d'un ordre social dont elle assure pour sa part la régulation. (p. 71)

[66] Il est possible de voir dans la perspective goffmanienne un héritage fort, quoiqu'évidemment très critique, à l'égard de la perspective structuro-fonctionnaliste de Parsons. De fait, il n'est par exemple pas impossible de lier les idées relatives à l'« ordre de l'interaction » et aux « échanges réparateurs » aux élaborations théoriques de Parsons sur les « systèmes interactifs ». Ces considérations étant cependant relativement éloignées de nos problématiques, on renverra pour approfondissement aux travaux de James J. Chriss (2003).

La perspective du contrôle social s'adjoint donc au fur et à mesure les cadres constructionnistes, finissant par considérer les catégories de l'économie normative des sociétés et de l'intervention sociale comme les seuls instruments d'un pouvoir normalisateur intrinsèquement opposé à l'émancipation[67].

À l'aune de ces perspectives, la question de la *folie*[68] est dès lors traitée avec la plus grande circonspection constructiviste. Comme l'ont souligné Daniel Cefaï et Cédric Terzi (2012), ce lien entre constructivisme et contrôle social repose sur la « relation de désignation », et fait dès lors apparaître les problèmes sociaux comme des fictions, manquant le « sérieux avec lequel [ceux-ci sont] vécu[s], perçu[s] et traité[s] par ceux qu'il[s] concerne[nt] » (p. 12). Jean-Louis Feys (2017), en ce sens, a montré les liens forts entre l'antipsychiatrie et le constructivisme. À partir de cette relation, des catégories telles que celles qu'utilise la psychiatrie seront vite considérées comme l'instrument et le résultat « de stratégies de domination de la part d'acteurs institutionnels, sociaux ou politiques, en position d'imposer leur perspective » (Cefaï, Terzi, 2012, p.13). Ainsi, Foucault (2001) inscrit par exemple les

[67] Comme le note Dmitri N. Shalin (2014b), Goffman amendera ses conceptions ancrées inscrite dans cette idée du « contrôle totalitaire de l'individu » (Castel, 1968), notamment à la faveur de l'expérience de la maladie mentale de son épouse. Ian Hacking (2004) propose une lecture plus fine de ces travaux de Goffman et de Foucault, et de leur articulation possible dans une perspective existentialiste.

[68] Je consacre le chapitre 2 à l'élaboration d'une notion conséquente du point de vue sociologique pour désigner ce type de phénomène.

pratiques psychiatriques dans un principe fondamental de « droit absolu de la non-folie sur la folie » (p. 1553).

Ce type de travaux s'ancre dans une normativité implicite qui considère la réaction sociale à la déviance — le vocabulaire du « contrôle social » n'est pas revendiqué — de manière essentiellement négative. Du présupposé critique de ces approches, que Fecteau (2004) inscrit dans l'héritage des travaux de Georges Canguilhem (2009) sur le normal et le pathologique, résulte des impasses analytiques, et *in fine*, une perte de l'horizon critique de l'émancipation des personnes sur lesquelles s'exerce le contrôle social[69]. En effet, l'approche critique qui plaçait « le conflit au cœur de l'analyse de la conformité sociale avait un prix, très lourd », celui de la surévaluation des capacités d'action des dominants, et donc, mécaniquement de l'attribution d'une passivité et d'une incapacité d'action aux dominés (Fecteau, 2004, p. 33). Dans ces perspectives, « la notion de contrôle ne peut qu'impliquer l'existence d'un projet collectif et délibéré visant la *maîtrise* d'un problème » (Fecteau, 1989, p. 16).

1.2. Un modèle général : la régulation

[69] En ce sens, il faut souligner le fait que la critique fonctionne bien mieux sur le travail de Foucault que sur celui de Goffman, particulièrement en ce qui concerne la question des capacités de résistances des « victimes » du contrôle social. En effet, le travail de Goffman, si on peut lui reprocher la perspective verticale et *intentionnelle* sur les mécanismes de contrôle social, repose en grande partie sur la volonté de montrer les stratégies adaptatives des reclus. En ce qui concerne Foucault, j'ai rappelé dans l'introduction de cette thèse en quoi son travail participe, de son propre aveu, à un certain redoublement de l'étouffement de la voix des *fous*.

Le modèle du contrôle social est donc problématique parce qu'il suppose une sorte d'intentionnalité centralisée, de laquelle découlent les opérations formelles ou informelles, d'emblée observables ou diffuses, de la réaction sociale à la déviance. En ce sens, la notion et les perspectives qu'elle sous-tend tendent à obscurcir, dans l'analyse, la nature « complexe et contradictoire » des sources, des contextes d'application et des objets de ce phénomène social large. Il s'agit pourtant de ne pas substituer purement et simplement la « régulation » au « contrôle » afin de ne pas répéter l'erreur d'une « sur-inclusivité » conceptuelle (Chunn, Gavigan, 2004, p. 223). Il convient alors de se pencher sur la notion de « régulation » afin d'en préciser les contours, les domaines et les acteurs pour se doter des moyens d'en analyser les manifestations et les expressions empiriques.

Introduisons la notion à partir d'une citation d'un de ses artisans majeurs, Jean-Marie Fecteau (2004), historien montréalais décédé en 2012, spécialiste de la question sociale au Québec :

> le concept de régulation ici à l'œuvre a peu de choses à voir avec la notion de « contrôle », ne serait-ce que parce qu'il n'implique en rien un projet conscient de domination (sans bien sûr en nier la possibilité historique) ou une quelconque correspondance fonctionnelle d'une norme ou d'une institution avec un « besoin » social donné. Plus encore, il ne présuppose pas que les rapports sociaux analysés, et leur changement, sont sous la maîtrise ou la surveillance d'un groupe donné. De la même façon, malgré une ambiguïté certaine avec son pendant anglais, la notion de régulation ne se réduit en aucun cas à l'analyse

> de la réglementation ou du système de normes qui encadre une action ou une réalité sociale donnée. La description des structures normatives n'est qu'une dimension d'un processus autrement complexe de régulation du social. (p. 46)

L'idée de la « régulation » tient avant tout à un basculement vers une conception processuelle de la *mise en ordre* du social, c'est-à-dire tout ce qui assure la « préservation de la société », « sa reproduction » et « le maintien du lien social » (Commaille, 1994, p. 255). En effet, l'approche par la régulation porte un intérêt cardinal à l'ensemble des processus engagés dans la « logique globale de reproduction/changement des sociétés » (Fecteau, 2004, p. 39).

1.2.1. Des mécanismes engagés dans la reproduction sociale

La régulation désigne donc une forme de structuration sociale qui n'est pas au juste un système, dans le sens où les réponses n'ont pas un caractère automatique (Fecteau, 2004). Il s'agit plutôt de l'inscription dans la durée de certaines logiques d'action par l'intermédiaire du processus d'institutionnalisation plus ou moins formelle — c'est-à-dire qui va d'un niveau de l'action routinisée ou conventionnelle jusqu'à une structuration officielle, incarnée dans des agences, des réglementations et des instruments. Cette perspective permet donc de dresser un état des lieux, à un moment particulier, des manières socialement normalisées de répondre à des problèmes.

Les approches de la régulation admettent que celle-ci peut être positive, et cela dans les deux sens du terme. Tout d'abord, dans une perspective d'évaluation critique, certaines formes de régulation ne sont pas nécessairement opposées à l'émancipation des individus, alors qu'il était difficile de soutenir que le contrôle social pouvait s'inscrire dans un quelconque horizon émancipateur. Les perspectives mobilisées admettent l'idée que certaines formes de régulation peuvent rencontrer les intérêts des publics faibles. Par exemple, le mode de régulation *providentialiste*[70], qui repose sur la socialisation des États, le compromis de classe et l'institution de modalités de protection de la personne, ne sera pas nécessairement l'objet d'un rejet catégorique et a priori. Cette perspective permet donc de sortir des impasses du contrôle social, et de rencontrer les perspectives des acteurs, ainsi que leurs évaluations critiques[71]. Comme le souligne Hunt (1993),

[70] Le terme est potentiellement problématique, dans la mesure où son origine est ancrée dans la volonté de stigmatiser la supposée prodigalité des mécanismes de redistribution et de socialisation de la protection des personnes. Il apparaît toutefois relativement utile pour qualifier la structuration progressive de la régulation autour d'attentes normatives nouvelles et d'une (re)configuration des institutions, marquées par un souci de protection sociale des individus. Comme l'a notamment souligné Esping-Andersen (2007), ce mouvement long de constitution de l'État-providence a accompagné des processus de démarchandisation et de défamilialisation, déliant progressivement, et très partiellement souvent, la possibilité pour l'individu de vivre une existence digne, malgré les épreuves, sans devoir se reposer sur les dépendances familiales ou son insertion dans l'ordre économique.

[71] Les perspectives du « contrôle social » ne permettaient pas cela puisqu'elles préjugeaient de sa négativité *a priori*. L'exemple des institutions providentialistes est tout à fait significatif. Qu'on se penche sur les conceptions foucaldiennes de l'État social pour voir à quel point l'assimilation des mécanismes suffocants de contrôle des modes de vie

« de la même manière que le pouvoir est productif, la régulation peut être productive et devrait être libérée de toute connotation négative[72] » (p. 314).

Cela me mène à la seconde manière d'envisager la dimension positive de la régulation, à partir de sa dimension « productive ». En effet, elle ne peut être considérée comme une seule logique réactive et négative face à des phénomènes indésirables. La régulation génère des objets, constitue des identités et des rôles, induit des pratiques. En ce sens, elle est positive, c'est-à-dire constitutive. La question de la régulation ne peut être ramenée à celle des « règles » négatives, c'est-à-dire à l'ensemble des normes prescriptives et prohibitives. En ce sens, il importe de sortir de l'acception de la régulation comme processus d'imposition de règles, qui présente alors le problème comme devant être situé sur un axe qui

alternatifs et d'étouffement de la liberté individuelle est problématique. Ainsi, lorsque Foucault (1986) aborde la question de l'État social, il y voit « l'une des extrêmement nombreuses réapparitions du délicat ajustement entre le pouvoir politique exercé sur des sujets civils, et le pouvoir pastoral qui s'exerce sur des individus vivants » (p. 7). Dans sa perspective, la question de la protection sociale ne semble pouvoir être abordée que par la modalité d'une protection-assujettissement qui impose le dilemme, antilibéral s'il en est, de l'adoption forcée d'un « mode de vie déterminé » ou de la marginalisation sociale (Foucault, 1983a). Sans céder à la facilité de mises en parallèles hâtives, notons tout de même que lorsqu'Ewald et Kessler (2000), respectivement ancien assistant (maoïste) de Foucault et ancien président du MEDEF, co-signent les « noces du risque et de la politique », la critique finit son cheminement dans le mur de l'exaltation de la liberté d'entreprise et de la créativité par le risque.

[72] Ma trad. : « *just in the same way as power is productive, so regulation may be productive and should be freed from any negative connotation* ».

va de la « dérégulation » à la « surrégulation[73] », comme si le seul choix qui s'offrait était celui « entre l'omniprésence ou l'omnipotence des règles et une absence de règles » (Cometti, 2011, p. 8).

1.2.2. La question de l'intentionnalité : lien vers la perspective des problèmes publics

Cette perspective de la régulation doit néanmoins être clarifiée du point de vue de son rapport à la question de l'intentionnalité et des problèmes sociaux ou publics[74]. On note là une différence de traitement entre l'école québécoise (Fecteau) et les travaux issus des *Critical Legal Studies* (Hunt). En ce sens, Fecteau (2004) note le caractère intransitif du concept : on ne régule pas *quelque chose*. Il

[73] On retrouve cette idée d'une surrégulation dans la littérature, plutôt d'inspiration libérale, sur le « déferlement des normes » (*flood of norms*) — qui associe par exemple le phénomène de juridicisation à un phénomène quantitatif (Teubner, 1986). L'idée d'une inflation régulative, par voie législative, est souvent exprimée dans des termes négatifs voire pathologisant, pointant les craintes d'une « pollution légale » du monde social (Ehrlich, 1976). En cette matière, l'inventivité terminologique semble n'avoir pas de limite. Dans un registre médical aussi évocateur que simpliste, on a ainsi pu lire que nos sociétés souffriraient d'« hyperlexis » (Manning, 1982) ou de « diarrhée législative » (McIlroy, 2015), Parmentier et Van Houte (2003) rapportent également des occurrences d'« éléphantiasis légal ». Ces différentes versions de la surrégulation risqueraient de mener en dernière instance à ce qu'un « nihilisme légal » imprègne la conscience du droit (Šulmane, 2011). Ainsi, face à la « multiplication acadabrante des lois » (Freund, 1976, cité par Huyse, 1987), la solution indiquée serait la dérégulation vers un minimalisme légal.

[74] La distinction entre « problèmes publics » et « problèmes sociaux » n'est pas réellement pertinente dans le cadre de cette partie. Ma volonté est de m'inscrire dans la perspective développée autour de la revue *Social Problems* notamment, ainsi que par la sociologie pragmatique francophone des mouvements sociaux. Peu importent ici les questions de terminologie. Pour approfondissement, on renverra cependant à Gusfield (2012) et Cefaï (2016).

donne l'exemple de la circulation automobile, qu'on se permettra ici de citer longuement, parce qu'il semble très clarificateur :

> Pour illustrer ce qui est en jeu dans ce concept de régulation, prenons l'exemple de l'analyse qu'il est possible de faire de la circulation automobile à un moment et un endroit donnés. Autrement dit, que voudrait dire une analyse de la circulation en termes de « régulation » (au sens donné ici à ce mot) ? Il ne s'agit évidemment pas d'une simple analyse des règlements de circulation en vigueur ! Il s'agit plutôt de comprendre comment des milliers de volontés particulières, non coordonnées par une autorité supérieure (ou fonctionnellement organisées en fonction de ses besoins), aucunement liées par l'appartenance à un même groupe ou par une conviction partagée, peuvent produire un vécu relativement stable, remarquablement répétitif, voire prévisible, sans que ni la liberté individuelle de chacun ne soit niée ou qu'un quelconque contrôle (autre que ponctuel) ne soit postulé. Il ne s'agit pas ici de « décrire » la circulation (une tâche relativement facile), mais de la comprendre. Pour ce faire, il faut évidemment connaître la structure du réseau routier, la réglementation, les éléments pertinents de la production et de la mécanique automobile, les habitus des conducteurs et les rythmes d'usage de l'automobile. Il faut aussi saisir l'impact des structures économiques (production marchande, rapport salarial), politiques et sociales qui permettent de comprendre la présence d'une population donnée en déplacement à un endroit et à un moment précis.
>
> Quand on aura fait cela, la circulation apparaîtra comme un rapport particulier entre les individus. Mais c'est un

> rapport en acte, qui est vivant et se transforme, en somme, un processus. […] [L]a circulation n'est pas un « système », mais un mode social de relation entre des agirs particuliers saisissable autant par ses carences, ses manques que par sa structure formelle, et surtout connaissable par et à travers le changement qu'il subit. Le fait qu'il ne soit pas un évènement fugitif et temporaire, qu'il implique un ensemble de comportements généralement formalisés et relativement prévisibles, qu'il se déroule dans le temps sans perdre sa configuration reconnaissable, en fait un phénomène récurrent saisissable en termes de régulation. (pp. 47-48)

Le concept de régulation désigne par conséquent un certain « ordre des choses » au sein duquel l'intérêt pour ce qu'il est convenu d'appeler « les problèmes sociaux » relève, certes, d'un intérêt pour « la pratique de la difformité trahie par les cas limites », mais est délié de toute focalisation sur l'idée d'une « volonté politique » ou de « politiques sociales »[75] par exemple (Fecteau, 1989).

1.2.2.1. Intentionnalité et problèmes sociaux

Hunt (1993) en revanche lie plus spécifiquement la question de la régulation à celle des problèmes sociaux. Il considère en effet que la régulation est liée à la construction intentionnelle d'un objet social. Pour continuer sur l'exemple automobile, on retrouve alors une

[75] Ce rejet du stato-centrisme et de la focalisation sur les politiques publiques tient également au fait que Fecteau travaille sur des époques historiques antérieures à la socialisation de l'État, il est donc moins malaisé dans ce cadre thématique d'évacuer ou de marginaliser ces questions. Dans mon cas, certes l'État n'est pas le seul acteur, mais il est tout de même un acteur central.

perspective plus marquée par le travail de Joseph R. Gusfield (2009). La question de la régulation est liée à la construction d'un problème, en l'occurrence celui de l'alcool au volant, inscrit dans un *système de propriété* et une *économie de la responsabilité* selon les coordonnées politiques et morales déterminantes du privé et du public.

Dans « la culture des problèmes publics », Gusfield retrace la production d'un « ordre symbolique » autour de la question de la conduite en état d'ébriété. Adoptant une perspective d'« ironie sociologique », il montre comment un phénomène particulier, *boire et conduire*, est peu à peu saisi socialement, selon des modes particuliers de catégorisation, de problématisation et de résolution. Au moyen d'une déclinaison habile et complexifiée du fameux « théorème de Thomas[76] », et d'une discussion de la perspective des problèmes sociaux de Kitsuse et Spector (1973), Gusfield montre comment les « façons de concevoir la réalité d'un phénomène » sont profondément liées « aux activités de sa résolution » (p. 6). Le problème de l'alcool au volant est donc redevable, du point de vue sociologique, d'une analyse qui montre l'« intense activité

[76] L'expression est de Robert K. Merton (1997), en référence à la formule de William I. Thomas et Dorothy S. Thomas : « si les personnes définissent les situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (*If men define situations as real, they are real in their consequences*). La perspective de Gusfield est cependant plus complexe que celle du « définitionnisme » sur lequel on le renvoie en général à tort (Cefaï, 2009), de même d'ailleurs sans doute que Thomas et Thomas. L'approche « définitionnelle » simple montre rapidement ses limites, en particulier dans son incapacité à prendre en compte le fait que les activités des personnes « ne peuvent être réduites à des "définitions" ni à des "constructions", trop souvent entendues comme représentations ; et que ces activités constituent à la fois les "membres" qui agissent, leur expérience et leur environnement » (p. 14).

d'association, de communication et de coopération entre acteurs, organisations et institutions » qui participe à *en faire un problème public*[77] (Cefaï, 2009, p. 234).

Il serait alors possible, dans ce cas, de parler de régulation de l'alcool au volant pour désigner la constitution d'un tel problème public, avec ce que cela implique de pratiques et d'agences dédiées, de valeurs et de « mécanismes de pérennisation de la conscience publique » (Gusfield, 2009, p. 7). La constitution d'un problème public qui articule la conduite et la consommation d'alcool est elle-même génératrice d'une série d'objets, de pratiques, de savoirs et de normes. Ces formes de la régulation de l'alcool sont contingentes, redevables d'un certain « ordonnancement conceptuel et institutionnel de leur émergence dans l'arène publique » (*Ibid.*, pp. 8-9). Le problème de l'alcool au volant et les formes particulières qui lui sont données sont

[77] La question de la régulation est foncièrement liée à celle des problèmes publics. La configuration des pratiques et des relations sociales qu'elle désigne s'articule à l'élaboration problématique de certains phénomènes (Gusfield, 2012), et donc relève de conceptions spécifiques du monde, reposant par exemple, comme l'a montré Luhmann (1993), sur la conversion du « danger » en « risque » — c'est-à-dire intégrant l'importance de la décision et de l'action transformatrice sur l'environnement. Cette transformation vient avec la perte progressive d'un sens du « tragique » dans les régimes d'interprétation et d'imputation de responsabilité (Genard, 1999). En ce sens, on pourrait dire qu'une spécificité de la modernité, à la faveur de la *découverte* du caractère « artificiel » (*man-made*) de la réalité sociale (Heller, 1992), est l'extension radicale de l'activité de la société sur elle-même, donc de ce que j'ai choisi de conceptualiser ici comme la « régulation ». Évidemment, il existe *de facto* des modes de régulation prémodernes — ceux-ci sont cependant distincts de ceux de la modernité, tant dans une dimension quantitative (plus restreints) que dans une dimension qualitative (la modernité est réflexive). La modernité coïncide donc avec « une métamorphose radicale des formes de coopération humaine et des mécanismes de résolution des problèmes » (*a radical rearrangement of forms of human cooperation and the mechanisms of problem solving*) (*Ibid.*, p. 348).

structurés selon les modalités de la « certitude » et de la « généralité », résultat d'une « congélation[78] » temporaire du processus historique fluctuant d'action de la société sur elle-même. Un ordre institutionnel s'agrège autour de ces questions, structuré par des raisonnements légitimes, notamment scientifiques et juridiques. Comme le note Gusfield (*Ibid.*) : « La science crée un ordre factuel et lui donne une qualité de certitude. Le droit instaure un standard public de conduite et le présente comme un canon de société légitime » (p. 163). À cela viennent s'ajouter des pratiques de résolutions, et des agences chargées de les mettre en œuvre (Gusfield, 1975a).

1.2.2.2. Identification d'un objet problématique

La régulation repose avant tout sur la possibilité d'identifier un « objet » problématique, autour duquel se déploie un ensemble de pratiques qui s'institutionnalisent pas à pas, constituant par là un complexe de régulation. L'identification d'objets sociaux *socialement* problématiques, dont les ressorts ont été mis en avant par les travaux sur la construction des problèmes publics, fait émerger des réponses collectives qui acquièrent peu à peu un caractère stabilisé et pérenne. Ce complexe de régulation s'organise autour d'un « objet », inscrit progressivement dans des discours et des savoirs particuliers, ainsi que des conditions institutionnelles qui en organisent les modalités d'identification, de prise en charge et de résolution. Il s'agit donc de voir comment un

[78] Selon l'expression de Gusfield (2009) qui voit dans la structure sociale un « processus congelé ».

phénomène est au fur et à mesure inscrit dans un « système de détermination et de catégorisation » qui permet d'en faire un « problème », comment ce problème devient affaire de « préoccupation publique et [cible] d'action publique », et génère une « structure organisée pour le prendre en charge » (Gusfield, 2009, p. 3 ; Gusfield, 2012, p. 116).

Cette description pourrait laisser entendre qu'on aurait affaire à un processus linéaire de configuration problématique d'un phénomène selon un unique et nécessaire « contexte de définition » ou « cadre de référence » (Quéré, 1994). La constitution d'un problème public serait alors la trajectoire, parallèle au développement de l'État social, du dévoilement historique des *bonnes* manières d'approcher, de définir et de remédier à un problème. Pourtant, il n'en est rien, les processus de constitution d'un problème public ne sont pas contenus dans l'expérience initiale du phénomène qui en est le support — contrairement à ce qui pourrait être défendu par une perspective positiviste sur l'histoire, disons, de la *découverte* de la loi de gravitation universelle. Les résultats des processus sociaux sont bien plus contingents et précaires, précisément parce qu'ils sont au cœur de dynamiques antagonistes de luttes et de conflits : « derrière la façade sereine du consensus, nous devons découvrir le maelström des groupes en conflit » (Gusfield, 2012, p. 128).

1.2.3. Régulation spécifique et modes de régulation

En ce sens, on considérera que les formes de la régulation sont articulées à des objets sociaux, d'une manière plus ou moins intentionnelle. Il me semble alors pouvoir amender quelque peu l'assertion de Fecteau sur l'intransitivité de la régulation, afin de la rendre plus commode dans le cadre de mon travail.

L'idée que la régulation serait un concept intransitif contrevient d'ailleurs aux usages dans la littérature. L'ouvrage de Fecteau lui-même est titré « la liberté du pauvre : sur la régulation du crime et de la pauvreté au XIXe siècle québécois ». Il semble donc bien qu'il y ait régulation « du crime » et « de la pauvreté » — il ne serait dès lors pas difficile d'opter pour une phrase verbale et de conclure qu'*on* régule le crime et la pauvreté. Cette confusion provient cependant d'un manque de clarification du concept, d'une part concernant sa forme nécessairement nominale, d'autre part concernant la distinction nécessaire entre « régulation » et « mode de régulation ».

1.2.3.1. Une forme nominale : résultat et processus

Le concept de « régulation » est une nominalisation, qui peut par-là exprimer tant un processus qu'un résultat. Le fait qu'il soit dérivé d'un verbe transitif implique des actants et des objets (x régule y) que la nominalisation permet d'effacer en surface. Cela me permet, conformément à notre objectif, de désigner les logiques apparemment impersonnelles auxquelles se confrontent les acteurs lorsqu'ils agissent en situation.

Il existe bien quelque chose comme un état stabilisé des rapports entre des forces, des instances, des discours et des pratiques qui dessine des logiques saillantes, voire préférées, face à un type particulier de problème. En ce sens, une fois nominalisé, le concept de « régulation » peut admettre un complément du nom. Ainsi, on parlera par exemple de « régulations de la santé mentale » (Eyraud, 2021), de « régulation de la protection de la personne » (Eyraud, Henckes, 2013), de « régulation des pauvres » (Duvoux, Paugam, 2013), de « régulations de l'enfermement psychiatrique » (Eyraud, Moreau, 2013) ou encore de « régulation des loisirs publics » (Dagenais, 2005).

Intransitivité ou non, le concept admet manifestement un complément génitif, ce qui me permet de préciser son rapport aux problèmes sociaux. La régulation constitue une *structure*, émergente et jamais définitive, face à un problème particulier. Elle désigne une « logique sociale donnée, historiquement spécifique » qui est observable du point de vue de l'analyse par le « repérage des régularités et constantes » ainsi que par « ses failles et variantes » (Fecteau, 2004, p. 46). Par-là, il s'agit surtout de souligner la dimension processuelle de l'action transformatrice mutuelle entre les pratiques et les normes, entre l'action située et les cadres impersonnels.

1.2.3.2. La « régulation » et le « mode de régulation »

À des fins de clarification, on peut s'appuyer sur la distinction conceptuelle opérée par Alan Hunt entre

« régulation » et « mode de régulation ». Le parallèle avec la notion, prégnante dans la tradition marxiste, de « mode de production » est revendiqué par le sociologue et relativement éclairant. La notion de « mode de régulation » désigne en fin de compte, dans une société, les manières dont *sont organisées* l'ensemble des activités qui touchent à la reproduction de la vie sociale. Elle permet donc de couvrir les angles morts de l'économicisme marxiste pour renforcer la théorie sociale, en tenant compte certes des rapports de production, mais également de l'ensemble des activités, collectives ou individuelles, formelles ou informelles, orientée vers la reproduction. On retrouve ce parallélisme éclairant entre « mode de régulation » et « mode de production », au sens de Marx, chez Hunt. De ce point de vue, tant la régulation que la production doivent être envisagées pour comprendre la reproduction et le changement social. Cette perspective permet d'atténuer quelque peu le déterminisme économique du « marxisme vulgaire » pour envisager l'importance égale de phénomènes conçus comme des instances superstructurelles, qui n'étaient jamais considérées comme pouvant être « dernières » — selon la fameuse expression de la « dernière instance » — dans les perspectives structuralistes au sein de cette tradition (Thompson, 2015). Les rapports sociaux sont aussi déterminés par les réponses sociales plus ou moins institutionnalisées aux tensions et « problèmes sociaux », et ne peuvent donc être rabattus sur les seuls rapports de production — au sens où la seule identification des positions sociales au sein de

ces rapports contiendrait tout ce qu'il y aurait à savoir sur le conflit social et les dynamiques de la société[79].

Hunt (1993) définit le mode de régulation comme « l'ensemble institutionnel, les pratiques et les normes qui fonctionnent pour assurer la reproduction sociale malgré le caractère instable et contradictoire des relations capitalistes[80] » (p. 320). Un mode de régulation est donc une manière spécifique d'assurer la résolution des tensions et d'administrer les problèmes sociaux. Comme le note Fecteau (2004), il réside dans le résultat de l'articulation entre la « structuration des modes de résolution des tensions sociales (aussi improvisés, temporaires, fragiles ou inefficaces soient-ils) » et le « caractère contradictoire et controversé de cette structuration » (p. 49).

Comme le « mode de production » dans la perspective marxiste, le « mode de régulation » a une portée englobante, et il peut être caractérisé, pour le coup, par son *intransitivité*. Le « mode de régulation » a une portée plus large, et un ancrage pratique moins spécifique, que les

---

[79] En ce sens, la conclusion de « La guerre des forêts » d'Edward P. Thompson (2017) constitue une merveilleuse application historique de cette volonté de complexifier les rapports entre rapports sociaux de production et dimensions *superstructurelles*. À partir de l'exemple des luttes concernant la propriété et l'usage des forêts royales et des parcs seigneuriaux dans l'Angleterre du début du 18e siècle, l'historien montre à quel point les conceptions du droit comme simple « reflet » des rapports antagonistes de classes n'est pas tenable, et donc, comme le droit, instance superstructurelle s'il en est, mérite une investigation en tant que dimension constitutive des rapports sociaux, dont l'effet est d'ailleurs plus ambivalent que ne le conçoivent les analyses critiques classiques.

[80] Ma trad. : « *the institutional ensemble and set of practices and norms that function to secure social reproduction despite the unstable and contradictory character of capitalist relations* ».

régulations particulières. Le « mode de régulation » concerne en effet l'état des rapports sociaux ainsi que des conditions culturelles et structurales larges qui *impactent* (cadrent, définissent, etc.) l'activité de la société sur elle-même en vue de sa reproduction. Il peut alors être qualifié au moyen d'une épithète (non d'un complément génitif), au même titre que les « modes de production » acceptaient les adjectifs « asiatique », « antique », « féodal », « capitaliste » et « communiste » chez Marx. Il sera donc possible de parler de mode de régulation « libéral », « protectionnel » ou « néolibéral »[81] par exemple, les différentes formes se succédant historiquement. Ainsi, l'analyse classique de la succession libéralisme-providentialisme-néolibéralisme peut être appliquée à la question des modes de régulation, tout en laissant une place plus grande aux marges de manœuvre, aux résistances et aux initiatives *locales*. Quant à la « régulation », elle peut être attachée à un secteur particulier, au même titre qu'on peut faire de la production d'armement, de la production de biens manufacturés ou de la production agricole. L'histoire de la régulation de la question psychique, en tant que secteur particulier, peut

[81] Il aurait aussi été possible de parler de mode de régulation « patriarcal » par exemple, afin d'insister sur la détermination du genre dans l'organisation pratique de la reproduction sociale. Néanmoins, il ne serait pas trop malaisé de montrer que cette dimension patriarcale traverse de manière constante la succession des différents modes de régulation (sans toutefois que le patriarcat soit ahistorique). Cette parade justificative ne justifie néanmoins pas l'invisibilisation (ou le renvoi en note de bas de page) d'une question aussi importante. L'idée que la présence serait tellement évidente qu'on pourrait légitimement ne pas la mentionner est pour le moins spécieuse. J'essaierai dans ma présentation, tant que faire se peut, de montrer la répartition genrée des rôles dans la régulation de la question psychique.

cependant être intégrée à ce grand récit sociohistorique, chaque époque produisant des formes particulières de savoirs, de normes, de valeurs, de récits, de pratiques et d'institutions qui participent d'un *style* commun.

1.2.4. Articulation entre les échelles et les niveaux de la réalité sociale

La notion de « régulation » sert donc à désigner le processus et le résultat émergent du travail des sociétés, c'est-à-dire des acteurs individuels et collectifs, pour faire face à des expériences sociales négatives. Cela, sur un plan macrosocial évidemment, mais également du point de vue microsocial. En effet, comme le notent Fecteau et Harvey (2005) :

> La production, la diffusion et l'application d'un ensemble normatif donné sont au cœur des modes de prise en charge des problèmes sociaux, non seulement du point de vue de l'institutionnalisation de ces problèmes (normes étatiques, lois et règlements, règles de développement d'un réseau donné d'institutions, réglementation interne à l'institution, etc.), mais aussi du point de vue de l'acteur (normes et règles d'éthique comportementales, univers des représentations normatives face à la pauvreté, la maladie, le crime). (p. 13)

Le concept entend dès lors rendre compte des manières régulières de se rapporter à un monde commun et d'agir au sein de celui-ci, face à un type de problématique, en articulation avec « l'existence de réalités sociologiques qui dépassent l'ici et maintenant des situations observables » (Barthe *et al.*, 2013, p. 179). Contre les modèles statiques, il s'agit de réintroduire l'acteur au centre l'analyse, ce que

permet de faire une telle approche (Valverde, 2005). En effet, les approches de la régulation visent pour l'ensemble à mettre davantage l'accent sur « une approche où les relations sociales sont considérées comme le point heuristique privilégié » (Gascon, *n.d.*, p. 10).

Cette insistance sur les relations sociales permet une chose essentielle : la mise en continuité des échelles sociologiques. En effet, les processus macro de constitution des problèmes font écho aux processus micro observés en situation, face à un trouble, constituant des processus de régulation. La notion permet de penser les processus de reproduction à différentes échelles sociologiques : la régulation d'un problème est observable à travers des pratiques qui visent à l'administrer — celles-ci n'appartiennent pas à un domaine particulier de la société ou ne se situent pas préférentiellement à une échelle sociologique particulière.

La régulation désigne l'ensemble des modalités pratiques, inscrites dans des équilibres sociaux précaires (qu'ils soient situés dans des systèmes interactionnels ou des systèmes sociaux de large ampleur), qui visent à surpasser des dimensions problématiques qui affectent l'expérience des acteurs. On peut donc, à partir de ce type d'approche, penser de manière transverse les phénomènes situés de confrontation à un trouble comme expérience négative, et les phénomènes de « structuration sociopolitique » qui visent la reproduction ou le changement sur le plan institutionnel et macrosocial (Commaille, 1994). Ces deux niveaux sont en effet profondément enchevêtrés et entretiennent des rapports de constitution mutuelle, nous

exonérant d'adopter l'hypothèse de discontinuité entre des niveaux de la réalité sociale.

Elle constitue une approche qui permet de laisser toute la place aux logiques d'enquête, de problématisation, de configuration et autres processus pragmatiques, tout en reconnaissant l'importance dans ces processus des cadres larges et impersonnels. Ce modèle semble permettre de rendre compte de cette articulation, sans préjuger de la prééminence de l'un ou l'autre niveau, sans choisir entre la structure ou la situation[82]. L'importance des pratiques y est affirmée, dans des conditions situées et interpersonnelles, ne pouvant être déduite de l'identification de dynamiques macrosociales, tout en étant cependant réinscrite dans ce cadre plus large. Ce cadre de pensée permet la mise en continuité des gestes face à un trouble particulier, et des formes larges et institutionnelles de régulation.

---

[82] La « situation » est une notion floue en sociologie qui vise à décrire ce qui se déploie à l'articulation de l'action, de l'expérience et de l'environnement (Ogien, 2007). Goffman (2002), dans *l'arrangement des sexes*, propose une définition de la situation comme cet « espace physique, où qu'il se situe, où toute personne qui s'introduit se trouve exposée dès son entrée à la présence immédiate d'une ou plusieurs autre personnes » (p. 42). Il est néanmoins sans doute possible de complexifier cette conception, très restreinte à la co-présence, de la situation. Ainsi, Daniel Cefaï et Cédric Terzi (2012) écrivent : « lorsque nous disons d'une action qu'elle est située, cela n'implique en aucun cas de retreindre sa description et son analyse aux seules circonstances présentes, *hic et nunc*. Le travail analytique consiste au contraire à élucider la situation prise en considération par les agents, laquelle peut revêtir une extension spatiale et une durée temporelle éminemment variables. La situation n'est donc pas une situation de co-présence, mais de co-pertinence entre les acteurs. » (p. 36) La notion sera ici utilisée comme un concept-horizon, comme nous le verrons, l'impossibilité ethnographique restreint l'opportunité d'une analyse fine des situations.

D'une part, il s'agit de parvenir à qualifier et clarifier ce niveau de la réalité sociale qui affecte et configure les processus d'action située. Les pratiques ne se déroulent pas dans un vide macrosocial, mais sont élaborées par les acteurs en fonction des ressources à portée de main, des contraintes institutionnelles, des discours et théories disponibles, des routines et des habitudes, des conventions et des normativités plus formalisées, des cadres cognitifs. Alison Griffith et Dorothy Smith (2004) ont par exemple montré comme la notion de « travail» permettait l'intégration des pratiques situées aux fonctionnements institutionnels, pointant la participation cruciale des mères, et de leur travail de *mothering*, dans le système scolaire américain. Elle ouvre alors sur des considérations critiques, considérant à la fois l'invisibilisation de ce travail et sa nécessité croissante dans les formes actuelles de régulation.

Ainsi, l'importance des conditions macropolitiques, au sens le plus large, est indéniable dans la manière dont les acteurs expérimentent une situation négative, la problématisent et agissent en situation. Comme le soulignent Emerson et Messinger (1977), parmi les fondateurs de la sociologie des troubles, ce processus est largement dépendant des cadres de références, des ressources à disposition des parties impliquées et des voies institutionnelles mobilisables.

> Les tendances sociales à long terme, telles que la formation des États et la centralisation du pouvoir étatique, le passage du mercantilisme au capitalisme industriel et du laissez-faire au capitalisme d'entreprise,

> ainsi que la propagation des formes bureaucratiques d'organisation, semblent avoir des répercussions sur les interprétations et les réponses aux troubles[83]. (p. 132)

D'autre part, l'ensemble de ces conditions macrosociales et logiques impersonnelles ne sont jamais *données* une fois pour toutes, dans leur éternelle immuabilité. Elles sont plutôt de nature *émergente*, foncièrement liées aux pratiques des acteurs. En effet, ce sont ces dernières qui, en quelque sorte, *accomplissent* les conditions culturelles et structurales. Ce sont elles qui les constituent, qui les légitiment ou les dépassent, qui les reconduisent ou les transforment. La régulation, en tant que phénomène macrosocial, repose donc sur l'ensemble cumulatif des pratiques régulatrices situées — et cela, à deux titres.

Premièrement, du point de vue épistémologique, la perspective pragmatiste considère que le plan macrosocial n'est finalement observable que sur le plan cumulatif des pratiques situées. Ainsi, comme le notaient les auteurs et autrices de « Sociologie pragmatique : mode d'emploi » :

> [Le] niveau « micro » n'est pas envisagé dans son opposition avec le niveau « macro », mais au contraire comme le plan où, de situation en situation, le niveau « macro » lui-même est accompli, réalisé et objectivé à travers des pratiques, des dispositifs et des institutions, sans lesquels il pourrait certes être réputé exister, mais ne

[83] Ma trad. : « *Long-term social trends such as the formation of the states and the centralization of state power, the shift from mercantilism to industrial capitalism and from laissez-faire to corporate capitalism and the spread of bureaucratic forms of organization appear to have implications for interpretations of and responses to troubles.* »

> serait plus en mesure, cependant, d'être rendu visible et descriptible. (Barthe *et al.*, 2013, p. 178)

En second lieu, l'intérêt pour les pratiques situées est d'autant plus nécessaire eu égard à la conjoncture historique. En effet, les lignes de transformation historique qui ont travaillé le champ de l'action publique au cours des dernières décennies, le plus souvent reprises sous la notion de « néolibéralisation », l'ont peu à peu réduite à des horizons de subjectivité (Cantelli, Genard, 2007), à des coordonnées de responsabilité individuelle (Hunt, 2005), des logiques de « privatisation » de problèmes autrefois publics (Emerson, 2006) et à des processus « micro-politiques » (Chamayou, 2018). L'analyse des formes et dimensions matérielles de la régulation ne peut d'autant plus se passer d'un détour par les pratiques des acteurs en situation. On note alors, plus particulièrement dans le cadre de notre problématique, la nécessité de prendre en compte par exemple le rôle des familles. Ceci en raison de la nécessité historiographique d'une prise en compte de l'« histoire sociale de la prise en charge extra-muros des personnes atteintes de troubles mentaux[84] », mais aussi, de manière plus conjoncturelle, en raison d'une « évolution historique des soins communautaires en tant que politique gouvernementale[85] » (Bartlett, Wright, 1999, p. 4).

Dans ce cadre, le contexte historique de familialisation des prises en charge vient redoubler l'intérêt de la prise en

[84] Ma trad. : « *historical evolution of community care as a government policy* ».

[85] Ma trad. : « *social history of extra mural care of mentally disordered people* ».

compte de la manière dont la maladie mentale *impacte* les sphères quotidiennes et familières, et du « travail préliminaire » réalisé par les autres (Smith, 1978). Ce « travail préliminaire » semble pouvoir être décrit plus proprement à partir d'un modèle micro-politique qui permet, comme le soulignent Aude Béliard et Solène Billaud (2015), de rendre compte de « la manière dont des problèmes apparaissent, se cristallisent et sont définis dans la sphère privée, en amont des interventions professionnelles » (p. 18).

1.3. Une régulation familiale : juridicisation + désinstitutionnalisation = familialisation ?

La thèse porte sur la question de la maladie mentale dans les espaces familiaux, et des manières de la prendre en charge — au croisement de déterminations interpersonnelles et impersonnelles, interactionnelles et structurales. À travers cette recherche, je cherche à documenter les transformations récentes de ce que j'appelle la *régulation de la question psychique*, à l'intersection de trois lignes historiques, déterminantes des transformations des prises en charge psychosociales : la *juridicisation*, la *désinstitutionnalisation* et la *familialisation*[86]. Deux lignes d'évolution ont marqué l'histoire récente du

[86] Une ligne de néolibéralisation pourrait éventuellement être ajoutée. Elle constitue cependant plus une hypothèse englobante des différentes lignes évoquées. À ce titre, elle n'est sans doute pas tant une ligne de transformation historique, factuellement observable, qu'une conjecture interprétative et critique du mouvement général d'une société. J'ai essayé de prendre au sérieux cette hypothèse d'une néolibéralisation des prises en soin dans ma contribution un ouvrage sur le(s) néolibéralisme(s) en Belgique (Printz, 2023d).

système de santé mentale en Belgique qui permettent d'expliquer le déport partiel du travail d'encadrement du trouble et de gestion des risques psychiatriques vers le milieu familial et les cercles de socialité proche.

D'une part, l'inscription de l'action publique en matière de santé mentale dans un langage des droits subjectifs. À la suite de l'arrêt de la CEDH dans l'affaire AFFAIRE WINTERWERP c. PAYS-BAS (1979) notamment, les prises en charge psychiatriques ont été l'objet d'une production législative qui vise à les inscrire dans une « rhétorique des droits » (Bernheim 2014 ; 2020). Au long de la « constitution légale » des systèmes (d'actions) psychiatriques, les modalités relationnelles du soin et de l'accompagnement ont été progressivement balisées, de même que le champ et les formats d'intervention (Fennell, 1986).

En Belgique, c'est tout d'abord la *loi du 26 juin 1991 sur la protection de la personne du malade mental* qui régule les modalités de prise en charge, posant l'exceptionnalité de la contrainte et concevant le patient à partir de ses droits fondamentaux (Van de Kerchove, 1994). La *loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* ainsi que la *convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées* viennent renforcer cette figure du malade pensé à partir d'une « présomption de capacité et d'autonomie », notamment à travers l'insistance sur la notion de consentement (Eyraud, 2012 ; Eyraud *et al.*, 2018). Ce « tournant juridique » de la psychiatrie renforce la figure du patient comme usager autonome de soin, pour qui la *liberté de choix et de consentement* prévaut en dehors de la « zone à haut

risque », c'est-à-dire des états de nécessité et de dangerosité critiques[87] (Rose, 1998). C'est dans ce cadre général que l'hospitalisation contrainte en psychiatrie est dorénavant placée sous le contrôle judiciaire de la justice de paix, au titre des articles 5 et 9 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Dans son arrêt de 1979, la CEDH considère notamment que l'article 5 par. 4 de la convention européenne des droits de l'homme[88] doit s'appliquer dans son essence à cette matière, quand bien même « les maladies mentales peuvent amener à restreindre ou modifier ce droit dans ses conditions d'exercice » (p. 20). En ce sens, la loi du 26 juin 1990 prévoit le contrôle judiciaire des mesures de privation de liberté à des fins de protection de la personne des malades mentaux. L'article 1er de la loi consacre l'exceptionnalité de ces mesures contraintes : « 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 » (§1). Les mesures exceptionnelles de privation de liberté, dérogatoires à ce premier principe, doivent être organisées par le pouvoir judiciaire — et non

[87] Pour rappel, depuis sa mise en place en 1991, le recours au dispositif judiciaire de « protection de la personne du malade mental » est en constante augmentation (Lecompte, 1995 ; Turnpenny *et al.*, 2017 ; Tortolani *et al.*, 2008), et dans sa version « urgente » dans une écrasante majorité des cas (Pitchot *et al.*, 2011 ; Schmits *et al.*, 2020).

[88] « Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale. »

plus le pouvoir administratif : « les mesures protectionnelles visées dans la présente loi sont ordonnées par le juge de paix » (§ 2). Le contrôle judiciaire s'opère sur trois critères substantiels, qui doivent être présents de manière cumulative, tels qu'énoncés à l'article 2 de la loi :

> Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.
>
> L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.

D'autre part, les réformes de la psychiatrie engageant une transition vers un modèle de soin ambulatoire. À partir de la sortie de la Seconde Guerre mondiale, on remarque l'émergence d'un *éthos réformiste* dans la psychiatrie européenne qui va tendanciellement mener vers une conception de moins en moins contraignante des prises en charge et un idéal de maintien du patient dans son milieu de vie (Henckes, 2011). En Belgique, ce processus de « désinstitutionnalisation » ou de « déshospitalisation » a été plus lent et d'ampleur moindre que dans d'autres pays européens (De Munck *et al.*, 2003 ; Majerus, 2018). Néanmoins, on peut considérer que la réforme « psy 107 », initiée en 2009, constitue un point important du basculement vers une psychiatrie non résidentielle (Thunus, 2015). Cette réforme s'articule à de nouvelles notions de « réseau » et de « circuits de soin » (Thunus *et*

al., 2012). Comme le notent N. Marquis et R. Susswein (2020), elle porte un « idéal mobilitaire » qui promeut une certaine conception de la personne, dont il est attendu qu'elle joue un rôle actif dans son parcours de soin, et plus largement dans son insertion sociale.

L'hospitalisation de longue durée étant jugée très coûteuse autant que peu satisfaisante sur le plan thérapeutique (*chronicisation*), la réforme vise la réallocation d'une partie des moyens financiers vers le secteur ambulatoire, en particulier via le mécanisme de gel de lits (Jacob *et al.*, 2016). Ce « financement *transférentiel* » est pensé sur une base régionale, ne permettant pas de compenser le fait que la région Bruxelles-Capitale est sous-dotée par rapport à des besoins spécifiques et beaucoup plus importants (Caels *et al.*, 2012 ; Verhaegen, Deschietere, 2012). De manière générale, à Bruxelles en particulier, l'offre de soins ambulatoires en santé mentale est largement insuffisante et sous-financée au regard de la population (LBSM, 2021).

C'est à l'intersection de ces deux lignes d'évolution qu'il faut penser la problématique de la familialisation des prises en charge psychiatrique. Les processus de désinstitutionnalisation sous contrainte budgétaire et de juridicisation sous contrôle judiciaire convergent dans une distribution nouvelle de la responsabilité des problèmes psychiatriques. Les aspirations à la démocratisation des pratiques par la reconnaissance de l'autonomie des personnes sont *in fine* les vecteurs de leur responsabilisation et de la disciplinarisation de leurs

conduites[89] (Bernheim, 2019). Or, on sait qu'en matière d'action sociale et sanitaire, la responsabilisation individuelle et la faiblesse des supports sociaux mènent à la mobilisation de ressources privées dans les prises en charge des troubles. Ces ressources privées sont d'abord d'ordre financier et relationnel, paramètres de la marchandisation et de la familiarisation (Esping-Andersen, 2007 ; Delruelle, 2020). Certains travaux ont souligné à quel point de « care domestique » était présupposé « par les politiques publiques et les discours des professionnels engagés dans le domaine des soins » (Damamme, Paperman, 2009). Cette présupposition de l'implication des proches dans le soin ne relève pas uniquement d'un discours moral, mais également d'une nécessité fonctionnelle et économique (Esping-Andersen, 2000 ; Yeates, 2007 ; Cooper, 2017). De fait, les proches prennent en charge une série de fonctions que les systèmes de santé ne sont plus en mesure d'assurer. Une approche sociologique conséquente des systèmes de santé mentale ne peut donc passer à côté de cette dimension auxiliaire du travail des proches. Il apparaît en tout cas qu'il faut se doter de moyens conceptuels d'appréhender les pratiques instituées de prise en charge psychiatrique. Or, cela ne pourra passer que par une prise en compte de la dimension supplétive et essentielle du travail effectué

[89] La procédure d'hospitalisation contrainte, qui constitue mon objet principal de recherche, est en ce sens un instrument majeur de responsabilisation des patients et de disciplinarisation de leurs conduites dans le milieu de vie. En effet, son assimilation par de nombreux malades à un dispositif pénal est plus ou moins entretenue par les intervenants médicaux et judiciaires afin de forcer la compliance aux soins ambulatoire et l'observance thérapeutique.

par les proches, en marge des instances professionnelles et officielles.

L'expérience familiale de la vulnérabilité psychique d'un membre, ses composantes morales et ses éventuelles dimensions négatives, doit être inscrite 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 Chapireau (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 communautaire. 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, pp. 11 *sq.*). Par-là, la responsabilité à l'égard des personnes malades mentales se trouve diluée 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). Cette 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 »[90] qui la sous-tend, reposent sur une nécessité, peu explicitée dans les documents programmatiques de réforme, d'un *recrutement* de la communauté[91], et donc essentiellement des proches.

Les lignes de transformation des formes de régulation de la question psychique ont fait émerger la question nouvelle de la participation des proches à la « production sociale de la santé » (Bungener, 1987). La « familialisation » des soins et de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychique prend en effet pied dans ce mouvement historique de refonte du système de santé mentale et de ses dimensions légales constitutives, décrites juste au-dessus. L'émergence progressive d'une psychiatrie basée sur les droits reconfigure les relations au sein des sphères domestiques confrontées à des troubles, s'inscrivant en particulier dans un mouvement séculier de « démocratisation » des systèmes familiaux (De Munck, 2022). Conséquence des transformations anthropologiques de long cours des sociétés modernes

[90] 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.

[91] 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, 2021).

(Genard, 2007), le droit psychiatrique redéfinit progressivement les rôles, les places et les engagements à partir d'hypothèses de réciprocité et d'égalité des conditions. Ces évolutions dépassent bien évidemment la sphère familiale, puisque c'est l'ensemble des relations sociales et des pratiques constitutives de la régulation des vulnérabilités psychiques qui sont reconfigurées par la présomption d'égalité *en droit* et de capacité au fondement de la citoyenneté (De Munck *et al.*, 2003). Ces mutations internes et externes à la vie familiale contemporaine sont déterminantes des possibilités de *remédiation* des troubles, de leurs formalisations, des scènes sociales de leur déroulement et de leur positionnement de part et d'autre de la ligne de partage entre le « privé » et le « public ».

Les évolutions historiques décrites ont participé à un déplacement des lignes de partage entre le « privé » et le « public », entre ce qui appartient à la personne, renforcée dans ces droits, de gérer en tant que personne souveraine ou « sujet légal » (Broekman, 1986 ; Hunt, 1996a), c'est-à-dire capable de s'engager ou non dans des relations, essentiellement codées à partir de la référence au modèle contractuel, fondement de l'ordre juridique libéral, et qui nécessite une intervention (protection, contrôle, contrainte, etc.) pour un sujet mineur, incapable, malade, etc. — c.-à-d. n'appartenant pas à l'ordre de la citoyenneté libérale.

Ce contexte, brièvement décrit, peut être considéré comme un processus d'inversion (partielle) des valeurs et des normes pratiques liées aux fonctionnements psychiatriques. La prise en charge résidentielle, *a fortiori*

contrainte, repose sur une logique *par défaut*, lorsque les alternatives préférées sont mises en échec. Dans le contexte de désinstitutionnalisation, les proches et parents acquièrent une responsabilité nouvelle en matière de surveillance clinique, devenant des véritables intermédiaires entre le milieu de vie du malade et les institutions de prises en charge.

Cette prise d'importance des proches dans le système de santé mentale peut être vue comme relevant d'une privatisation du soin et de l'accompagnement. Ce processus me semble devoir être pensé à l'aune des évolutions conjointes des cadres législatifs des politiques du trouble mental, et les évolutions institutionnelles initiées par les réformes psychiatriques. Ces deux lignes d'évolutions convergent dans une problématisation du trouble psychiatrique comme relevant de plus en plus du privé, en dehors des cas du trouble sévère et dangereux. Cette privatisation des problèmes psychiatriques pourra être documentée à partir des récits et des comptes-rendus des proches sur le travail quotidien qu'ils effectuent, souvent pensé comme supplétif de dispositifs sociaux défaillants, inadaptés ou saturés. Je monterai en outre comment ce travail psychosocial effectué par les familles n'est pas juste un effet *pervers* de la réforme, mais comme une série d'éléments permettent de montrer comme il est intégré à son principe, et lui est absolument nécessaire. Au nom de la *démocratisation* et de la reconnaissance de l'*autonomie* des patients, on dote les familles de ressources de prise en charge. Cela permettra de sonder toute l'ambivalence de ce tournant néolibéral qui s'ancre dans

des sémantiques particulièrement positives d'« appropriation » des situations, de mobilité et de sortie des cadres coercitifs, tout en renvoyant en fait la responsabilité aux acteurs dans l'invisibilité, et réglant l'appropriation publique de ce type de problème sur de seuls critères de crise, d'urgence et de dangerosité.

1.4. Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai présenté l'approche par la régulation qui servira de cadre d'analyse général pour la thèse. La force de cette approche réside, me semble-t-il, dans trois dimensions :

1. La notion de régulation permet de réintroduire une certaine contingence dans l'analyse : les modalités par lesquelles une société assure sa propre reproduction sont comptables d'une histoire particulière, d'agencements sociaux spécifiques et de rapports de force.

   Dans les matières qui concernent cette thèse — celles rassemblées sous la notion de « question psychique », présentée dans le chapitre suivant — l'introduction d'une contingence relative me semble particulièrement importante. Elle permet de se tenir entre les deux écueils théoriques qui jalonnent l'histoire des sciences sociales lorsqu'elles se saisissent de l'objet « folie » : le positivisme médical, d'une part, et le relativisme constructionniste de l'autre. L'approche par la régulation permet la réintroduction d'une certaine contingence, notamment à travers son souci pour

les processus historiques et les rapports sociaux au sein desquels émerge une certaine « structuration sociopolitique » face à des problèmes sociaux (Commaille,1994). Dans le même temps, elle n'empêche pas l'adhésion à une posture réaliste et à son idée maîtresse que la réalité exerce un contrôle sur les catégories, les théories, les discours et les pratiques sociales. En ce sens, une expérience sociale négative n'admet, sur le plan hypothétique, qu'un champ restreint de formes de régulation possibles.

2. Du point de vue évaluatif, l'approche par la régulation dépasse les limites des approches et théories du contrôle social : elle ne postule pas nécessairement du caractère positif (comme chez Parsons) ou du caractère négatif (comme dans les théories de la déviance) des mécanismes dont il s'agit de rendre compte. Comme je l'ai souligné dans ce chapitre, dès lors qu'il y a activité sociale, il y a des règles et des régularités pratiques. L'approche par la régulation constitue une perspective qui permet de dresser un état des lieux, à un moment donné, des manières instituées plus ou moins stabilisées, pourtant toujours changeantes, de répondre à des problèmes auxquels la société fait face. On ne peut donc préjuger de son caractère nécessairement négatif ou positif.

   Ainsi, les politiques et les réponses instituées aux problèmes liés aux questions de *santé mentale* ne

peuvent être jugées *a priori*. C'est avant tout ce sur quoi la « nouvelle anthropologie de la folie », présentée dans l'introduction de cette thèse, insiste : il est impossible de considérer ces objets comme étant une réactualisation des chasses aux sorcières d'antan, parées ici de la légitimité scientifique d'une science qui n'en est pas une. La régulation d'un problème social n'est pas nécessairement, ou uniquement, l'exercice d'un pouvoir de contrôle ou de normalisation. Elle n'est pas non plus nécessairement la *bonne* et la *charitable* solution au problème. Les formes de régulation observables ne sont donc pas nécessaires et naturelles, elles ne sont pas plus nécessairement ou naturellement *bonnes*, *justes, souhaitables* (ni d'office *mauvaises*, *injustes*, *indésirables*)[92]. Elles sont plutôt comptables d'une description fine et d'une évaluation minutieuse, permettant de cerner les horizons d'émancipation et les instruments d'oppression dans ce qui *est* en réalité. Il s'agit alors d'observer, avec rigueur et attention, ce qu'est la vie des personnes, dans ses arrangements locaux, ses configurations parfois bancales, ou à l'inverse trop rigides. Cette

[92] Cette liaison des plans du descriptif et du normatif tient précisément au travail de l'idéologie. Ainsi, la volonté de considérer l'ambivalence normative des formes et des instruments de la régulation correspond à une véritable posture critique, distinguant ce qui dans l'existant constitue déjà des potentiels d'émancipation et ce qui, à l'inverse, des instruments d'oppression. On se référera notamment, pour ce qui concerne par exemple cette question en matière juridique, à l'histoire des études sociopolitiques du droit de Mauricio Garcia-Villegas (2015) ou aux analyses de tradition marxiste d'Edward P. Thompson (2015 ; 2017) ou de Daniel Bensaïd (2007).

attention pour les situations locales est permise par l'approche par la régulation, il s'agit de son troisième point fort.

3. L'approche par la régulation permet en effet une articulation dans l'analyse des niveaux micro et macro. Comme le note Jacques Commaille (1993) :

> Les sociétés industrialisées avancées constituent des systèmes sociaux complexes, de plus en plus complexes, dont le fonctionnement, et la reproduction s'établissent selon une régulation sociale constituée d'équilibres maintenus ou retrouvés, mais également de tensions, de ruptures, de contradictions provoquées par la multiplicité des instances et des acteurs sociaux impliqués et par la pluralité des stratégies sociales à l'œuvre. (pp. 523-524).

De ce fait, il est important de pouvoir appréhender ces « tensions », « ruptures » et « contradictions » au niveau où elles se rendent manifestes, c'est-à-dire en situation, à une plus petite échelle d'analyse sociologique. Ainsi, l'approche par la régulation a le mérite de permettre de faire tenir ensemble plusieurs niveaux d'observation (micro, méso, macro) et de les articuler du point de vue analytique. C'est à cette tâche que je m'attelle à partir du prochain chapitre, montrant comme la « question psychique » et son traitement social, réalités d'ordre macrosociologique, sont

étroitement liées aux problématisations opérées par les personnes, en situation, de troubles singuliers ; ces problématisations étant elles-mêmes configurées par les formes de régulation de la question psychique. La navigation entre les niveaux d'observation sociologique répond alors à l'intrication, dans la pratique, d'objets, d'entités, de discours, etc., appartenant à des niveaux divers de la réalité sociale — comme j'essaie de le montrer dans les chapitres suivants.

2.
AU COMMENCEMENT ÉTAIT LE TROUBLE : LA PROBLÉMATISATION PSYCHIATRIQUE COMME DÉTERMINATION DE RESPONSABILITÉS *DU FAIT* ET *DE FAIRE*

> Une étoile brillait d'un éclat particulier et je la pris pour un satellite, mais au bout du compte je savais bien que c'était un avion.
>
> Ben Lerner, *Au départ d'Atocha*

Les canaux historiques de l'approche critique de la psychiatrie se sont construits sur la base d'une séparation stricte entre la folie comme « pathologie mentale », c'est-à-dire considérée du point de vue médical, et la folie comme phénomène social, en particulier à partir des opérations d'étiquetage et de catégorisation. Selon cette dernière perspective, le sociologue ou le philosophe, au moins au nom d'un principe de méthode, occultait complètement une possible dimension *objective* de la

maladie mentale pour considérer la folie sous le critère de son seul traitement social (Castel, 1968). Cette posture tenait de justifications internes à la discipline, reconduisant notamment le grand partage historique entre les sciences du social et les sciences de la vie. Elle relevait aussi de raisons plus conjoncturelles, tenant à l'objet : les modalités asilaires puis médico-hospitalières du traitement social de la question psychique trouvaient des justifications dans un discours sur la folie ancré dans un modèle médical dominant et un contre-modèle psychanalytique (Castel, 2011).

La reconstruction de l'objet qui a résulté de ces approches a paradoxalement débouché sur une absence. Le fait *objectif* de la « folie », c'est-à-dire le signifié sous les catégories déconstruites, y était généralement peu thématisé. Au contraire, il s'agissait plutôt pour les recherches envisagées d'invalider le signifiant, le considérant comme une catégorie arbitraire et un instrument de domination. La maladie mentale était alors abordée, dans les travaux les plus radicaux, comme une « construction[93] » arbitraire, une

[93] Le lexique constructiviste a sans aucun doute été rendu en partie inutilisable à cause de la démultiplication de travaux, sacrifiant à un effet de mode, sur « la construction sociale de… » (Hacking, 2008). C'est injuste pour l'ouvrage fondateur de Peter L. Berger et Thomas Luckmann (2012) qui garde une pertinence importante, bien loin de la fausse radicalité de certains des travaux se réclamant de leur héritage. Les conséquences politiques du constructivisme dans la matière qui nous intéresse ont notamment été pointées par Barbara Stiegler (2009). Elle note : « en s'enferrant dans un constructivisme hostile à tout naturalisme, la pensée contemporaine a largement contribué […] à abandonner le gouvernement des vivants aux tendances les plus réductionnistes des sciences de la vie » (p. 284)

métaphore prise pour une réalité[94], voire un instrument de la coercition exercé par l'« État thérapeutique » (Szasz, 1973 ; Szasz, 1984). Or, les mouvements historiques de désenfermement et de désinstitutionnalisation imposent de penser les questions clinique et thérapeutique à nouveaux frais, à l'écart des critiques antipsychiatriques, et même peut-être des approches constructivistes[95]. L'analyse des formes de la régulation de la question psychique ne semble plus pouvoir reposer sur les catégories analytiques qui avaient « pour centre de gravité l'étude critique de la répression des déviants et des anormaux » (Lovell *et al.*, 2013). Certes, l'arbitraire et l'exclusion ne se sont pas complètement volatilisés — en un sens, la résurgence du paradigme biomédical et de son fantasme d'objectivation réactive même ces composantes des pratiques de soin avec une force nouvelle (Ehrenberg, 2004). La prise en charge des personnes malades mentales doit cependant être pensée avec de nouveaux outils conceptuels, à la lumière des enjeux posés par le contexte actuel : « nouvel esprit du soin », imbrications des souffrances psychiques et souffrances sociales, organisation ambulatoire et crise des prises en charge (Donzelot, Ehrenberg, 2010 ; Ehrenberg, 2016).

À cette fin, il faut sans doute doter la maladie mentale de prises sociologiques, en montrant que celle-ci constitue,

---

[94] C'est-à-dire l'oubli, ou l'occultation, du fait que la notion de « maladie mentale » résulte d'« un déplacement imaginatif dans la catégorie des maladies » (Pickering, 2006). Ma trad. : « *an imaginative shift into the illness category* ».

[95] Sur ces questions, on se référera notamment à mon texte dans *Recherches sociologiques et anthropologiques* (Printz, 2023a).

du point de vue de l'observateur, un accomplissement, résultat de la tension entre un trouble et des opérations de problématisation ancrées dans un contexte social large. Les opérations qui organisent la transformation[96] du trouble en un problème psychopathologique constituent le cœur de mon questionnement, tant au niveau microsociologique (qualification psychiatrique) que macrosociologique (problème public). Elles se déploient, d'ailleurs, à l'articulation entre ces deux niveaux de la réalité sociale.

Ces opérations de problématisation peuvent dans un premier temps être pensées en référence au modèle de l'enquête de John Dewey (2007 ; 2011 ; 2014b), ainsi qu'aux questions relatives à la symptomatisation des conduites (Goffman, 2013) et aux travaux concernant les problèmes publics (Gusfield, 2009 ; 2012). Le modèle théorique choisi montre des limites indéniables, en raison d'une certaine *asocialité* sur le plan microsociologique (Ogien, 2007) et de l'occultation partielle des dimensions pratiques matérielles et non intellectualistes à laquelle il procède. C'est pour cela que je l'amenderai dans les chapitres suivants, au moyen du modèle micro-politique (Emerson, Messinger, 1977 ; Emerson, 2015). Néanmoins, il me semble propice, à ce stade, pour montrer le principe transversal de l'ensemble des formes et des niveaux de la régulation de la question psychique : la problématisation psychopathologique, comme imputation d'une responsabilité *du fait* et d'une

[96] Il importe de souligner que la *transformation* n'est pas une *construction,* mais plutôt une *mise en forme*.

responsabilité *de faire*. La première repose sur des processus cognitifs d'inférence, c'est-à-dire d'inscription des données dans des schèmes de causalité. La seconde repose plutôt sur une opération normative que j'ai qualifiée d'implication.

Ce chapitre sera divisé en deux parties. Dans un premier temps, je montre l'importance de la notion de « trouble » comme donnée expérientielle réelle, qui constitue le substrat des opérations d'inférence et d'implication par les « autres ». Partant de cet ancrage dans les situations locales et à partir du travail de problématisation des personnes confrontées au trouble, je montre comment des logiques institutionnelles, des structurations historiques et des cadres impersonnels, des formes générales de la régulation, dirigent également les opérations d'inférence et d'implication en situation. Sur base de ces développements, il semble possible de caractériser ce travail, à titre préjudiciel, avant examen et analyse des données empiriques récoltées comme étant ancré dans un intérêt pour les formes de régulation de la « question psychique ». Ces formes doivent être envisagées aux différentes échelles sociologiques, et dans leur articulation constitutive. Je consacre une seconde partie du chapitre à l'éclaircissement des formes générales de la régulation de la « question psychique », considérée comme le résultat de la problématisation de certains troubles, *quotidiens, mais extraordinaires*. La focalisation sur cette opération de problématisation permet de rendre compte de l'intrication des niveaux de la réalité sociale, ainsi que de doter ces objets de prises sociologiques.

2.1. Nommer les problèmes : des difficultés de construire l'objet de la régulation

Le modèle théorique de la régulation a été proposé parce qu'il semblait adéquat pour rendre compte des manières dont une société stabilise (temporairement) les réponses à certains problèmes, offrant des cadres cognitifs, pratiques et normatifs pour les administrer. Reste le souci de savoir comment, en l'espèce, qualifier ce qui est régulé. De quoi le cas présentés sont-ils des cas ? De la régulation, certes, mais de la régulation de *quoi* ? De la maladie mentale ? De la vulnérabilité psychosociale ? De la déviance ? Comme le souligne Gusfield (2009), le fait de nommer nos objets en tant que sociologues constitue un enjeu crucial, et celui-ci doit donc être clarifié. Apparaît en effet très rapidement dans la recherche le « problème de nommer le problème ». Qu'est-ce à dire ? Dans la manière que nous avons de nommer le problème réside déjà une idée très claire du « caractère du phénomène » et une définition implicite selon « telle ou telle forme » (p. 3). Nos manières de nommer recèlent des idées très claires sur les choses, et leur nature. Soit la question qui nous occupe ici, on comprendra que ce n'est pas la même chose de consacrer un travail aux réponses sociales à la « folie », à la « maladie mentale » ou à la « déviance psychiatrisée ».

Il convient ici de faire un rapide détour par l'histoire des catégories de désignation des problèmes liés aux questions qui sont au centre de cette thèse :

> Ce qui est à présent perçu et étiqueté comme « désordre mental » a une histoire : la même conduite s'est vu

> accorder différents statuts en différentes périodes historiques, quelquefois valorisée, d'autres fois fustigée comme irrémédiable (*Ibid.*, p. 4).

Chacun de ces « différents statuts » s'est attaché des discours et des spécialités, des horizons pratiques de résolution ainsi qu'il s'est paré de conceptions normatives et politiques fortes. Simplement dit, les intérêts, les valeurs et les orientations politiques de l'antipsychiatrie ne sont pas les mêmes que ceux de la neuropsychiatrie, qui sont eux-mêmes radicalement différents de ceux défendus par la perspective socialiste radicale de Peter Sedgwick (2015). Dans le seul champ des idées sociologiques et philosophiques, appréhender la question en termes de « réclusion » (Goffman, 1968) n'est pas la même chose que d'y voir une transgression de l'ordre de l'interaction (Goffman, 1973). De même, y concevoir une « dysfonction préjudiciable » (Wakefield, 1992) n'est pas la même chose, et n'a pas les mêmes effets théoriques et matériels, que d'y voir « le chemin » qui va « de l'homme à l'homme vrai » (Foucault, 1977).

Les manières de désigner le phénomène dont on retrace l'élaboration comme un problème se fait en fonction de l'arrière-plan constitué par « l'ensemble des mœurs, des croyances, des normes, des désirs et du langage qui articulent nos comportements et nos pratiques dans nos rapports » à la question (Quéré, 1994, p. 23). Le fait même de choisir une dénomination sociologique relève déjà d'une décision sur ce que constitue autrement des « faits indécidables » (Dulong, 1983).

2.2. La « question psychique »

Puisqu'il faut décider, et puisque cela risque de m'engager du point de vue normatif, autant faire cela de manière explicite. J'opterai donc pour une construction syntagmatique proche d'une notion classique en sociologie, celle de « question psychique ». Cette notion semble offrir plusieurs avantages, que je parcours ci-dessous, après une tentative de définition.

2.2.1. Une forme syntagmatique commune

Il est possible de rattacher la « question psychique » à la notion classique de « question sociale », ne serait-ce, dans un premier temps, qu'en raison d'une construction syntagmatique analogue. À propos de cette dernière expression, Vilfredo Pareto (1984) notait qu'il n'était pas facile de savoir ce que l'on y entendait réellement :

> Elle appartient à la classe fort nombreuse des termes que tout le monde comprend, ou croît comprendre, et que personne ne se soucie de définir exactement. (p. 314)

Pourtant, il concède que, malgré son caractère « vague et changeant », la notion renvoie à une idée que « le sentiment devine ». Le flou qui entoure la notion semble utile dans notre volonté de trouver des manières assez lâches pour désigner des objets, sans entraver les significations et mises en relations opérées dans le monde social. C'est en effet une dimension déterminante de la question sociale qu'elle n'est pas résolue « intrinsèquement par des considérations tirées logiquement des données du problème », mais plutôt « extrinsèquement […], en vertu

de circonstances et de forces extérieures » (*Ibid.*, p. 316). Il ne s'agit donc pas tant d'un problème logique que l'on pourrait observer de l'extérieur que d'un processus de problématisation de certains types de troubles dans l'expérience sociale, inscrit dans un rapport de réflexivité.

La question sociale constitue cet espace nouveau, à l'intersection des opérations de problématisation et de résolution des accrocs de la modernité capitaliste dans le « travail de la société sur elle-même » (Castel, 1988, p. 68). Elle est accompagnée d'un processus de « socialisation» de l'État, qui a été décrit de diverses manières dans la littérature. Quel que soit le cadre théorique qui permet d'appréhender ce mouvement, il semble toujours pouvoir être rattaché à un dénominateur commun, celui de l'émergence du « social », espace intermédiaire entre le civil et le politique, et objet de connaissance et d'action à part entière. Le développement des sciences humaines et sociales participe de l'émergence d'une réflexivité qui fonde cognitivement la possibilité d'une action de la société sur les affaires humaines. La socialisation de l'État prend donc racine dans une modification des manières de concevoir la réalité, au terme d'un revirement qui redéfinit jusqu'à la notion de justice (Ewald, 1987). Ainsi, le rôle social de l'État en ce sens prend pied contre les « mécomptes du libéralisme autant que les illusions du socialisme » (Donzelot, 1994).

La « question psychique » semble pouvoir être associée à cette construction conceptuelle : elle résulte alors d'une certaine problématisation, c'est-à-dire d'une opération de constitution de problèmes, à partir d'une expérience

négative. Cette problématisation associe certains types de « troubles[97] » à des modes d'intelligibilité et des formes de relations liées au psychique. En effet, dans l'expression « question sociale », l'épithète servait à désigner les formes d'imputation de responsabilité, et les voies de résolution associées — celles-ci étaient alors liées au « social », comme catégorie « inventée » pour rendre compte des décalages entre l'idéal politique de la société moderne et démocratique avec ses formes réelles. Jacques Donzelot (1994) note toute l'importance de l'écart entre le discours républicain et la réalité empirique dans lequel va se constituer la « question sociale ». On pourrait par analogie dire que la « question psychique » se constitue dans le constat d'un écart entre l'idéal régulateur de la modernité qu'est la présomption de capacité et la réalité empirique, celle des vulnérabilités personnelles et des formes déviationnistes d'individualisation.

2.2.2. L'émergence d'un espace de questionnement social

Il faut bien comprendre le contexte civiliste de l'époque qui participe au cadrage spécifique de la question au tournant du 19e siècle, dont Eyraud (2012) a notamment montré les enjeux dans le contexte français. La situation en Belgique à cette époque montre à peu de chose près les mêmes contours. En effet, émerge à cette époque un nouveau « régime juridique » sous-tendu par les conceptions libérales et modernes naissantes. Quelques années auparavant, la Révolution française avait accouché de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

[97] Je reviens largement sur la notion dans la deuxième partie de ce chapitre.

(DDHC). Ce début de siècle est celui du « libéralisme triomphant » et de sa « révolution du droit démocratique » qui consacre l'égalité formelle entre les citoyens (De Munck, 2003). Une transformation radicale des représentations de la personne, de l'ordre public et de l'échange social est induite par la rupture avec les cadres de régulation sociale qui prévalaient dans l'Ancien Régime : une nouvelle conception du sujet humain était en effet née dans le courant du 18e siècle, et s'est vue consacrée avec le basculement qu'a constitué la Révolution française. Celle-ci se nourrissait aux sources des philosophies kantienne, puis hégélienne. Les notions de subjectivité, de raison, de capacité, d'autonomie ou de responsabilité devenaient les clés de voûte des conceptions partagées sur le sujet humain, et son rapport à l'Universel.

Un « esprit nouveau », apparu sous sa forme la plus franche lors des évènements parisiens de 1789, hante dorénavant l'Europe occidentale. La sortie de l'absolutisme s'opère à travers la mise en place de formes juridiques qui assure la « garantie de la liberté et de la propriété de la personne privée »[98] (Habermas, 1986, p. 205). Dans ce mouvement, la « société civile » est constituée en son sens hégélien, c'est-à-dire comme un espace de citoyenneté constitué par l'administration étatique de la division du travail et du système de propriété dans lequel les « personnes privées » poursuivent « leur intérêt propre » (Hegel, 1999, p. 221). Parallèlement, le

[98] Ma trad. : « *to guarantee the liberty and property of the private person.* »

droit public institue progressivement « une puissance étatique souveraine ayant le monopole de la force coercitive comme seule source de domination légale[99] » (Habermas, 1986, p. 205). Les formes sociales anciennes et conservatrices doivent être anéanties, en raison de leur contradiction franche avec les nouveaux totems de la société libérale : la liberté et l'autonomie, fondements de l'émergence de la forme sujet[100]. Comme le notent De Munck et ses collègues, une « question nouvelle » se pose alors à la société moderne, « celle de la régulation de la subjectivité, de ses idées, de ses penchants et de ses comportements » (De Munck *et al.*, 2003, p. 21).

Cette première modernité vient avec l'avènement d'une nouvelle conception du sujet, ancrée dans une grammaire subjectiviste et capacitaire de la citoyenneté, des droits et des devoirs. La participation et les *engagements* sociaux sont conçus sous un modèle contractualiste, ce qui implique un sujet rationnel et responsable de ses actes. Comme le souligne Jean-Louis Genard (1999) :

> Ce qui se vérifie d'abord sur le plan contractuel (dans toutes ses manifestations) — à savoir que la validité d'un contrat (le fait qu'il soit générateur d'obligations) dépend fondamentalement de la capacité de ceux qui l'ont conclu — va être transposé sur le plan politique, par une sorte

[99] Ma trad. : « *public law authorizes a sovereign state power with a monopoly on coercive force as the sole source of legal domination* »

[100] Bien qu'ancrée dans une perspective très radicale, inscrite dans le courant de la critique de la valeur, l'ouvrage d'Anselm Jappe (2017) est très intéressant sur l'émergence de la « forme-sujet », dont les liens avec la théorie relationnelle du droit et la volonté de renouveler la perspective critique sur sa portée idéologique (v. Hunt, 1985) mériteraient d'être explorés.

> d'extension du domaine du droit privé vers celui du droit public. (p. 76)

La perte (relative) d'importance des critères statutaires dans les formes de la régulation libérale vient avec une série de nouvelles attentes normatives à l'égard du sujet. Il s'agit cependant d'un individu abstrait, citoyen par son intégration dans le système de la propriété privée et dont les garanties juridiques sont alors essentiellement « négatives[101] ». Partant, les manières d'appréhender le fou se trouvent modifiées, étant dorénavant essentiellement articulées à la dichotomie capacité/incapacité et orientées vers l'idéal d'autonomie individuelle (De Munck *et al.*, 2003 ; Castel, Haroche, 2001 ; Castel, 2009). Dans ce contexte, la « question psychique » émerge dans le monde occidental.

2.2.3. Un segment particulier de la question sociale ?

Telle que je la conçois, la question psychique entretient cependant un rapport plus complexe à la question sociale que celui de la seule analogie. En effet, il est possible sous certaines conditions de considérer qu'elle constitue, pour

[101] Berlin (1988) établit une distinction devenue classique entre « liberté négative » et « liberté positive ». La première, reposant sur une conception strictement libérale, relève de la protection de l'individu contre la contrainte et l'intrusion de forces extérieures dans le cours de ses affaires privées. Elle repose en fait sur une version minimale de la liberté — la seule qui peut être assurée par l'État selon le philosophe libéral. À l'inverse, la liberté positive ne peut se restreindre à l'absence de contrainte extérieure (libre association, libre expression, etc.), mais est liée au pouvoir d'exiger une intervention extérieure. Il s'agit d'une liberté d'accomplir. À cette distinction entre les deux formes de liberté, peuvent être attachées — cependant avec quelques difficulté — les deux formes classiques des droits-liberté (État libéral) et des droits-créances (État social).

partie, un sous-ensemble, historiquement mouvant, de cet ensemble, lui-même mouvant dans l'histoire, qu'est la question sociale.

La « question psychique » émerge dans l'expérience d'un écart entre l'idéal régulateur de la modernité, celui d'une autonomie individuelle, et l'expérience empirique des vulnérabilités. C'est dans ce décalage que s'engouffre une série d'acteurs, qui *s'approprient* au fur et à mesure le problème. Dans l'Ancien Régime, la folie était naturalisée, et intégrée à des formes de régulation domaniale auxquelles s'opposent vigoureusement les conceptions libérales nouvelles[102]. L'incapable est indésirable et menaçant, cela d'autant plus qu'il n'est plus inscrit dans le système des protections anciennes. La société libérale naissante se retrouve alors confrontée au problème de la folie sous un mode d'apparence paradoxale, celui de « *contrôler* des individus *libérés* » (De Munck, 2003). Cet impératif nouveau sera géré par des modalités particulières d'imputation de responsabilité et une redistribution progressive des propriétés, qui passent notamment par des manières fluctuantes d'intégrer la famille dans la régulation de cette question et la formalisation légale des pratiques.

Peu à peu, la question psychique s'abstrait de l'ensemble général de la question sociale, spécialisant les manières de considérer ces formes de trouble dans l'expérience sociale. Si jusqu'alors le modèle de la régulation s'incarnait dans l'institution de l'hôpital général, où « le fou se trouve

[102] Sur ces questions, voir par exemple : Engstorm (2008), Scull (2015) ou Majerus (2018).

enfermé avec les pauvres, les invalides, les vieillards miséreux, les mendiants, les chômeurs, les libertins et les vénériens » (Verhaegen, Wéry, 1992, p. 5) peu à peu émerge des formes de discours, d'intelligibilité et d'intervention spécifiquement adressées à une certaine classe d'indigents. Ceux-ci sont considérés à partir de l'hypothèse qu'ils sont des « personnes à problème[103] » en vertu de problématiques liées à leur psychisme, non plus à la question sociale — c'est-à-dire, caricaturalement, des enjeux de redistribution économique.

Les disciplines qui se construisent autour de la question psychique assurent leur spécialisation autour d'une distinction tranchée entre ce qui appartient au social et ce qui appartient au psychique[104]. C'est alors la désaliénation qui constitue le projet des médecins engagés dans ces pratiques nouvelles. Cet horizon est néanmoins restreint par un cadre très précis, celui d'une division spécialisée des tâches qui occulte toute prise en compte des instances aliénantes autres que celles qui ont trait à la question psychique. On trouve là les racines de débats qui vont alimenter les pratiques jusqu'à aujourd'hui.

La distinction entre question sociale et question psychique n'est jamais tranchée définitivement, et est l'enjeu de tensions et de mouvements. En ce sens, il convient

[103] Sur cette notion, voir Gusfield (2012, p. 117).

[104] Ce sont des questions qui seront par exemple largement prises en charge au sein de la tradition psychanalytique. La question du domaine d'intérêt de la cure psychanalytique, de la restriction psychique ou de la considération pour le social détermine encore largement les positions et oppositions. Sur cette question, on peut par exemple voir les travaux de Florent Gabarron-Garcia (2018) ou de Miguel Benasayag et Angélique del Rey (2015).

également de souligner ce qui a été qualifié de psychiatrisation du social, qui consiste en une annexion sous le patronage de la question psychique, d'une série de problèmes autrefois pensés comme appartenant à la question sociale. Elle constitue une expansion de la question psychique sur des terrains autrefois réservés à la question sociale (v. Fassin, 2006 ; Jaeger, 2012). En ce sens, on notera l'importance des travaux de Jean-Louis Genard et Fabrizio Cantelli (2006 ; 2008) qui essaient de montrer la montée en puissance des jeux de langage liés à la subjectivité dans l'action publique. L'émergence de « dispositifs dont le projet est de permettre un gouvernement de soi », qui visent à enclencher chez la personne « déclassée », « précarisée » ou « stigmatisée » une volonté (plus ou moins contrainte) de « travailler à la responsabilité, au souci de soi, à l'autonomie, etc. » constituent, à mon sens, le résultat d'une tension récente entre l'*ancienne* question sociale et la question psychique, résultant en l'apparition d'une « nouvelle question sociale » (Cantelli, 2007, p. 70).

À l'inverse, la psychiatrie sociale peut être considérée de ce point de vue comme résultant d'une volonté ferme de *socialiser* la question psychique, en mettant en lumière ses déterminants sociaux. L'ouvrage de Mathieu Bellahsen (2014) en constitue par exemple un écho assez récent, consacré à la situation française. En Belgique, on peut considérer que l'article de Lydwine Verhaegen et Gérald Deschietere (2012) est dans une certaine mesure ancré dans cette volonté de faire tenir ensemble la « question sociale » et la « question psychique ». Cette volonté

s'incarne alors notamment dans des conclusions qui peuvent sembler très lointaines de considérations habituelles dans les travaux classiques de psychiatrie. Ainsi, les deux auteurs s'avancent par exemple sur le terrain politique en pointant l'insuffisance d'une « médecine à la pointe du progrès » tant que la question des « effets des conditions de vie » n'est pas envisagée, pour conclure finalement : « C'est bien le système politique et social qui imprime sa marque : la social-démocratie est bonne pour la santé. » (p. 99)

2.3. L'appui sur les problématisations du monde social : négativité et trouble

On considérera donc que la « question psychique » consiste en cet espace cognitif et normatif de réflexion et d'intervention sur une partie de l'expérience sociale. Elle désigne ce *questionnement* social à propos de l'écart entre l'idéal régulateur de la modernité et ses accrocs de fait, lorsque ceux-ci sont considérés comme relevant de problématiques individuelles et conceptualisées comme étant liées à l'esprit. La « question psychique » consiste donc en un ensemble d'opérations sociales de problématisation de l'expérience et des réponses (plus ou moins instituées) consacrées à la *solutionner*. Cela étant dit, il convient d'envisager ce que l'on entend par la problématisation, et de spécifier également ce qui constitue le substrat matériel de celle-ci. On peut alors montrer que la « question psychique » concerne des (1) troubles qui sont problématisés par les personnes affectées, c'est-à-dire inscrits dans une économie des

responsabilités double : (2) responsabilité du fait, déterminée par des opérations d'inférence, et (3) responsabilité de faire, déterminée par des opérations d'implication.

2.3.1. Le « trouble » et ses « autres »

Dans sa formulation sociologique la plus simple, la maladie mentale se manifeste par des conduites directement perceptibles caractérisées par une certaine « impropriété situationnelle », c'est-à-dire une transgression des règles normales de l'activité en cours. Cette impropriété, qui n'est pas quelque chose d'évanescent, mais peut au contraire avoir un véritable potentiel de « ravage », est parfois traitée comme une occurrence de maladie mentale. Cette conceptualisation de la maladie mentale permet de ne pas la rabattre sur « le fait de présenter certains traits cliniquement qualifiés de psychopathologiques » (Goffman, 1973), mais plutôt de la considérer comme l'articulation entre un substrat matériel et le travail de problématisation.

La nécessité de la prise en compte des « autres » dans l'approche des problèmes psychiatriques découle de la volonté de développer une perspective réaliste[105] et

[105] Cette perspective réaliste que je construis à partir de Goffman (1973), trouve des racines importantes dans la philosophie pragmatiste américaine. William James (2011), dans son travail d'élaboration d'une théorie instrumentale de la vérité proposait la définition suivante de la réalité : la réalité, c'est « ce dont les vérités doivent tenir compte en général » (p. 259). Cette conception a des conséquences importantes pour notre problématique, qu'on retrouve notamment exprimée dans la *Logique* de Dewey (2007) lorsqu'il définit la situation antécédente à l'enquête comme

matérielle de la maladie mentale. Cette conception sur la maladie mentale est centrée sur les conséquences concrètes de la maladie mentale sur les environnements sociaux qui l'accueillent, ou en vérité peut-être, l'« encaissent[106] ». Du point de vue sociologique, on considérera que la maladie mentale est une réalité observable, non en tant que processus psychique interne ou en tant que réaction sociale à la déviance, mais comme un trouble saisissable par ses effets concrets dans les relations sociales : la maladie mentale, du point de vue sociologique, est observable en tant que désordre social[107].

---

intrinsèquement (*inherently*) incertaine, indéterminée ou troublée. En conséquence, les situations troublées ne peuvent être remise en ordre en remettant de l'ordre dans nos idées (*by manipulating of our own personnal states of mind*).

106 Sur cette question de l'« encaissement » dans une perspective centrée sur l'« hospitalité » des espaces sociaux, on lira les travaux de Joan Stavo-Debauge (2012 ; 2017) et de Jean-Louis Genard (2018).

107 Le lien entre les relations sociales et la vulnérabilité psychologique a été investigué d'une manière plus substantielle à partir de l'idée d'un rapport de détermination du désordre social, comme condition antécédente, sur le désordre psychique. Ainsi, Begoña Aretxaga (2003), tirant profit de l'homonymie signifiante État/état souligne la nécessité de prendre en compte le contexte sociopolitique dans l'analyse des phénomènes psychiatriques. C'est encore l'objet de l'approche de la « nouvelle anthropologie de la folie », revendiquée avant tout par Anne Lovell, Stefania Pandolfo, Veena Das et Sandra Laugier (2013) : celle-ci vise à investir pleinement « l'idée que la maladie réside dans le réseau de relations ambiantes, dans le relâchement du jeu entre les diverses institutions » (Das, 2013, p. 158). Jean Furtos (2005 ; 2009) a pour sa part proposé la catégorie de « souffrance psychique socialement induite » pour rendre compte de ce lien entre l'état de la société et les phénomènes psychiatriques. Ferenc Fehér et Agnès Heller (1994) ont essayé de revitaliser le paradigme biopolitique à l'aune du projet de mise en lumière du lien entre le contexte historique, social et politique avec les formes morbides. Enfin, les divers travaux qui mettent en avant le lien entre la vulnérabilité et les « formes de vie » ont permis une réactualisation de ces questions. Didier Fassin (2018) a proposé

Contre les « excès romantiques […] qui ne voyaient guère plus dans le malade mental qu'une victime humiliée d'un processus d'étiquetage social presque arbitraire[108] », contre les esthétisations de la folie, Erving Goffman, à partir de « la folie dans la place » entend prendre en compte la matérialité concrète des phénomènes psychiques (Scull, 2004, p. 417). Comme le note le sociologue, il convient d'envisager la dimension de « ravage » liée aux phénomènes psychiatriques :

> Le ravage continuera même quand tous les membres seront convaincus que le gêneur est complètement fou, car, par elle-même, cette définition ne les dispense pas de vivre dans un système social où il joue un rôle destructif. Ce ravage indique que les symptômes médicaux et mentaux sont radicalement différents par leurs conséquences sociales et leur caractère. C'est à ce ravage que doit s'affronter la philosophie du maintien dans le milieu. C'est ce ravage que les psychiatres ont tristement échoué à considérer et que les sociologues ignorent quand

une réactualisation très féconde des paradigmes ancrés dans le champ notionnel de la « vie », à partir de l'analyse de trois concepts-clés : « formes de vie », « éthiques de la vie » et « politique de la vie ». On pense alors par exemple aux travaux de Martha Fineman (2013) et de sa critique de la conception de l'individu telle que supposée dans le droit libéral. Plutôt que l'individu insulaire du libéralisme, la philosophe propose de penser un sujet dont la vulnérabilité consubstantielle, depuis le stade développemental, peut être surmontée par ses liens de dépendance à l'égard d'autrui. Cet individu, elle le qualifie d'« individu vulnérable », qu'elle oppose à la fiction de l'« individu libéral ». Cette manière de concevoir les individus mène à penser la question des « ressources de résilience » qui peuvent être mises à disposition pour pallier leur condition de vulnérabilité.

[108] Ma trad. : « *Explicitly criticizing the romantic excesses then current in his discipline, which saw in the mental patient little more than the put-upon victim of an almost arbitrary social labelling process, Goffman suggested that on the contrary, 'the social significance of the confusion [the madman] creates may be as profound and basic as social existence can get*. »

> ils traitent la maladie mentale comme une simple question de désignation. (Goffman, 1973, p. 332)

Ici se situe l'enjeu d'une conceptualisation de la maladie mentale à partir des « autres » du malade, pour lesquels les symptômes de la maladie sont quelque chose de matériel, de bien réel. La notion d'« autre » permet de qualifier ces personnes qui, autour de la personne fauteuse de trouble[109], sont exposées à ses conduites problématiques et en subissent les « perturbations presque insupportables dans la texture de [leur] existence quotidienne[110] » (Scull, 2004, p.418). Elle est proposée par Goffman (1973), et permet de désigner, à partir du point de vue de l'observateur, l'ensemble des personnes qui, dans l'entourage du fauteur de trouble et impactées par les manifestations du trouble, ne sont pas là par mandat professionnel[111].

---

[109] Je parlerai de « personne fauteuse de trouble » d'une part, des « autres » ou des « personnes affectées » d'autre part pour rendre compte de la scission des environnements sociaux face à un trouble. Ces notions permettent de ne pas préjuger de la nature du problème que constitue le trouble dont les personnes font le compte-rendu, et de désigner la personne à partir de la seule chose qui peut être inférée du point de vue de l'observateur : 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 à l'ordre public et de dispute. Pourtant, elle est utilisée dans son acception la plus neutre, pour désigner 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 » — j'y reviens au chapitre 4.

[110] Ma trad. : « *almost unbearable disturbances in the texture of daily existence* »

[111] On distinguera donc entre les « autres », personnes objectivement *là* pour le fauteur de trouble, et la « famille », personnes qui inscrivent leur présence

Il s'agit alors d'envisager la matérialité des symptômes mentaux, et leurs implications pour les « autres » de la personne réputée malade mentale, à partir de la dialectique entre le « ravage » et sa « contention », c'est-à-dire l'effet destructeur des manifestations jugées symptomatiques qui provoque le désordre dans le sens le plus littéral (confusion des places, mise à mal des systèmes d'attentes ordinaires, déstructuration de la quotidienneté, etc.).

2.3.1.1. Matérialité des symptômes et ravage : le trouble

L'enjeu d'une approche pragmatiste du trouble et des phénomènes psychiatriques réside dans la possibilité, pour l'observateur, de trouver une voie médiane entre les approches relativiste et positiviste des phénomènes psychiatriques. En ce sens, on cherche à développer un

---

dans un registre de description particulier, comme je l'ai mentionné dans l'introduction. On objectera que, dans les lignes qui suivent, les « autres » dont on rend compte de l'action se décrivent systématiquement comme « membres de la famille », et configurent leurs pratiques à partir de cette ressource de signification. C'est vrai, mais ce n'en est pas moins contingent. En effet, cet alignement des catégories objectives et subjectives dépend d'une série de conditions politiques, matérielles et statutaires de la régulation de la question psychique, qui font que les personnes impactées par les manifestations des troubles réputés psychiatriques le sont souvent sur des scènes familiales. Cependant, cet alignement n'est pas défini par une relation de nécessité. Qu'on pense aux *familles d'accueil* de Geel, rémunérées et accompagnées par des professionnels : il n'est pas certain que les personnes rendent compte de leur expérience du maintien à domicile à partir de l'horizon de sens de la famille. Qu'on pense aussi au modèle des communautés thérapeutiques, dont l'objectif était de délier le traitement communautaire et le registre familial : lisons les charges de David Cooper (1971) ou de Ronald D. Laing et Aaron Esterson (1977) pour se persuader que, même dans le modèle post asilaire, voire post hospitalier, des soins, les personnes qui sont autour du malade ne se décrivent pas nécessairement à partir de leurs liens familiaux.

modèle de compréhension modeste, mais non autoritaire de la validité, ou ce que Norbert Elias (2015) appelait la « congruence à la réalité ». Il s'agit de développer une perspective réaliste et matérielle de la maladie mentale, hors des ornières du constructivisme, mais qui ne se rabat pas sur les cadres d'intelligibilité médicaux et psychiatriques. La maladie mentale n'est pas qu'affaire de discours, inscrits dans des formes de pouvoir d'exclusion de la déviance (étiquetage, pouvoir normalisateur, orthopédie sociale). Pourtant, elle ne peut être considérée non plus, du point de vue sociologique, à partir de l'idée d'une perturbation dans l'ordre biomédical ou psychique — les outils des sciences médicales et psychologiques sont bien plus performants pour ce faire, et il n'y aurait aucun sens à venir les redoubler avec un discours sociologisant concernant les dimensions sociales de ces questions, sauf à faire de la mauvaise épidémiologie psychiatrique.

La perspective défendue procède d'une conception de la maladie mentale comme catégorie centrale de la régulation de la question psychique, qui substitue à l'idée d'un désordre de l'esprit, celle d'un désordre social. Cette conception écologique de la maladie mentale repose sur l'idée que, du point de vue du sociologue du moins, la maladie mentale n'est pas un processus psychique ou un état interne, mais qu'elle est quelque chose qui arrive (et est donc observable) dans les relations concrètes.

Pourquoi user de la notion de « trouble » ? Les cas que j'étudie dans la thèse pourraient sans effort être inscrits dans une classe psychopathologique en raison des critères méthodologiques de leurs sélections et des descriptions

faites par les personnes. La volonté de ramener les phénomènes psychiatriques à des « troubles » risque de passer pour un constructivisme en apparence critique, qui refuserait la légitimité des qualifications psychiatriques. Ce n'est pourtant pas le cas. Il s'agit plutôt 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 psychiatriques. Cette inscription est précisément un accomplissement pratique, laissant 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 autres du fauteur de trouble rendent compte du trouble et le configurent progressivement en un *problème* psychopathologique.

2.3.1.2. La problématisation des troubles

La maladie mentale est donc saisissable à partir du trouble qu'elle impose aux ordres sociaux au sein desquels elle émerge, et à la rupture de l'expérience qui y est attachée. On substitue dès lors aux notions de « maladie mentale » et de « malade mental », celles de « trouble » et de « fauteur de trouble », considérant que du point de vue sociologique, la qualification est contingente, non pas arbitraire, mais comptable d'un travail de la part des

acteurs, qu'ils soient professionnels ou non[112]. Dans ce cadre, la maladie mentale est un accomplissement, par les « autres » du malade, qui peu à peu, au gré de luttes définitionnelles et de tentatives de remédiation du trouble, dans une dialectique entre le ravage et sa contention, mènent, ou non, la personne fauteuse de trouble vers des systèmes de soin. Que faut-il entendre par là ? En deux mots, que du point de vue sociologique, on ne peut sans doute appréhender la maladie mentale qu'à travers ses manifestations observables, et bien matérielles, dans des contextes toujours sociaux. Ce qui implique un pas de côté par rapport aux systèmes de références expertes sur la question, pas pour en dénier la congruence avec la réalité[113], mais pour essayer de saisir ce qui se joue dans le monde social lorsque « la folie s'y déchaîne », c'est-à-dire qu'elle en est « l'expression singulière, dérangeante de la douleur et de la souffrance qui s'y exposent (souffrance

---

112 Ce travail n'est pas uniquement question d'une désignation, ou d'une « requalification », ce dont la notion de « ravage » permet de rendre compte en vérité. Comme le souligne Goffman (1973) : « Quoiqu'imputer la maladie mentale soit sûrement une tentative de dernière extrémité pour faire face à un destructeur qu'on doit, mais ne peut pas contenir, il est rare que cette imputation résolve par elle-même la situation. Le ravage continuera même quand tous les membres seront convaincus que le gêneur est complètement fou, car, par elle-même, cette définition ne le dispense pas de vivre dans un système social où il joue un rôle destructif. Ce ravage indique que les symptômes médicaux et mentaux sont radicalement différents par leurs conséquences sociales et leur caractère. C'est à ce ravage que doit s'affronter la philosophie du maintien dans le milieu. C'est ce ravage que les psychiatres ont tristement échoué à considérer et que les sociologues ignorent quand ils traitent la maladie mentale comme une simple question de désignation. C'est ce ravage qu'il nous faut explorer. » (p. 332)

113 La question n'est pas de savoir si un schizophrène est *réellement* schizophrène — le *fou* est un malade à soigner ou la victime d'un savoir oppressif ?

qui est toujours à la fois celle d'un soi et celle de tous ceux qui l'entourent) » (Laugier, 2013, pp. 162-163).

Il s'agit alors de voir comment les personnes, celle fauteuse de trouble et ses autres, s'engagent dans ce jeu de réponses et d'interprétations face à un trouble au cours duquel « la pertinence d'hypothèses initiales […] est testée et vérifiée dans le cours même de l'activité engagée » (Ogien, 2007, p. 109). Cette conception du trouble insiste sur le travail du négatif : les expériences négatives suscitent, sous certaines conditions, un travail de dépassement correctif et clarificateur de l'indétermination initiale de la situation, liée au trouble[114]. On en retrouve des formes d'opérationnalisation sociologique dans la notion d'« épreuve » dans la sociologie française, ainsi que dans certains courants d'inspiration interactionniste, notamment dans ceux mobilisés dans cette thèse. Si, comme le souligne Joan Stavo-Debauge (2012), il faut

[114] Cette conception est relativement commune dans la tradition pragmatiste, et a le grand mérite de lier les opérations de connaissance et les pratiques. Comme le soulignait William James (2007), la question des catégories, des concepts et des idées est vaine si elle n'envisage pas celle de leur incidence pratiques, des « choses dernières », des « fruits », des « conséquences » et des « faits » (p. 120). Définissant en ce sens ce qu'il appelle la « méthode pragmatique », il pointe le caractère instrumental et expérimental des connaissances, considérant comme « seul critère d'évaluation de la vérité » celui de « voir ce qui marche le mieux pour nous guider, […] ce qui correspond le mieux à l'ensemble des exigences sans en négliger aucune » (p. 140). On ne sera pas tant concernés ici par la « vérité », vaste projet, que par l'application de certaines catégories et hypothèses sur des situations indéterminées et incertaines, en raison, initialement, d'un « sentiment que quelque chose ne va pas ». Cette application de catégories et d'hypothèses repose néanmoins sur les mêmes procédures pragmatiques que la recherche, toute philosophique, de résolution des « débats métaphysiques » que visait W. James.

tempérer l'« optimisme » du pragmatisme qui surévalue sans doute le « pouvoir d'instruction des épreuves » et l'« agentivité combative des victimes » (p. 192), cette conception permet une prise en considération de la dimension réactive de l'encaissement des troubles dans les environnements sociaux, dépassant les théories de la réaction sociale ou de la labellisation.

L'émergence d'un trouble sur une scène sociale ne résulte en effet pas en une seule désignation, mais en un véritable travail de problématisation, qui repose sur un ensemble d'opérations affectivo-motrices, puis cognitives (inférence) et normatives (implication). Le modèle deweyen de l'enquête est évidemment utile ici : le trouble consiste, du point de vue sensitif, en un ensemble « de provocations, d'incitations, de sollicitations visant un acte d'enquête qui doit se terminer en connaissance » (Dewey, 2014a, p. 147). Ainsi, il appelle à une réponse intellectuelle qui consiste à « identifier la nature d'un problème » et à « se représenter la façon dont il pourrait être résolu » (Dewey, 2014b, p. 242).

La qualification problématique d'une situation vague et indéterminée constitue donc l'étape première de sa résolution, étape minimale et nécessaire :

> La façon dont le problème est conçu détermine les suggestions spécifiques, les données qui sont sélectionnées et celles qui sont rejetées ; c'est le critère de

> pertinence et de non-pertinence des hypothèses et des structures conceptuelles.[115] (Dewey, 2007, p. 172)

Le processus de problématisation peut être différencié en deux opérations distinctes : l'inférence et l'implication. L'opération d'inférence concerne l'imputation d'une responsabilité causale aux faits observés, elle vise à produire une explication causale des faits, à partir d'une inférence sur *ce* qui en est à l'origine. L'opération d'implication en revanche vise à déterminer ce qu'*implique* de tels faits, une fois déterminés causalement : quelle responsabilité de faire, et pour qui ?

2.3.2. Inférer : imputer la responsabilité causale des faits

L'imputation d'une responsabilité causale au trouble concerne l'identification des raisons de l'expérience négative, à partir d'une certaine hypothèse. Les « autres » de la personne fauteuse de trouble peuvent inférer, sur base des signes et des manifestations, différentes hypothèses définitionnelles. L'inférence constitue l'opération cognitive de mise en ordre d'une série de signes, contradictoires au regard des conditions et suppositions initiales, à partir de l'adoption d'une nouvelle hypothèse.

Dans le cas de la problématisation psychopathologique, elle constitue un processus de symptomatisation, c'est-à-dire d'octroi du statut de symptôme aux signes observés, considérés comme des « caractères distinctifs de l'identité

[115] Ma trad. : « *the way in which the problem is conceived decides what specific suggestions are; what data are selected and which rejected; it is the criterion for relevancy and irrelevancy of hypotheses and conceptual structures* »

d'une maladie, qui est alors traitée comme une entité concrète » (Sebeok, Umiker-Sebeok, 2015). Il est cependant évident que l'« identité » de la maladie est plus ou moins précisément définie.

Sur base de mêmes conduites, on pourra inférer, par exemple, une possession, un état d'ivresse ou une maladie mentale. L'inférence repose à la fois sur les indices dans leur contexte, et sur les grilles d'analyse à disposition : la possession démoniaque ne peut être inférée qu'à partir du moment où les personnes exposées à certains types de conduites disposent d'une telle grille d'analyse, faite de connaissances sur les entités démoniaques et l'exorcisme.

L'inférence consiste en une connexion entre des éléments réputés naturels, le premier étant observable, le second inféré (symptôme-psychopathologie, transe-possession, ébriété-intoxication alcoolique, etc.). L'inférence concerne donc la *responsabilité du fait*, c'est-à-dire une connexion causale.

Goffman (2016) donnait l'exemple suivant pour montrer comment du point de vue sociologique, le diagnostic et la prise en charge psychiatrique pouvaient être considérés comme des « processus contingents » :

> Voyez la famille qui comporte un membre qui ne peut ou ne veut pas travailler. Il se fait qu'ils déménagent dans un appartement où il y a une chambre pour lui. Nous avons des cas dans des communautés à faibles revenus où un père vieillissant est soigné à la maison même s'il présente certains symptômes de sénilité. Quand la famille déménage, ils décident alors de l'expédier à l'hôpital. L'envoi est contingent. (p. 159)

Mais avant d'envisager même cette question en lien avec l'institutionnalisation, l'inscription dans un système de références psychiatriques dépend de la disponibilité et de la connaissance qu'en ont les personnes. La capacité des personnes à inscrire le trouble dont ils font l'expérience dans une problématique psychiatrique repose sur la disposition d'une grille d'analyse adéquate. Ce postulat soulève de nombreuses questions, même si l'on évacue la question normative de l'identification d'une responsabilité d'agir ou de *faire quelque chose*.

Ainsi, face à un ensemble de conduites observables qui ne collent pas avec l'hypothèse de capacité, d'autonomie et de maîtrise de soi d'une personne, ses « autres » peuvent être menées à finalement en imputer une cause psychopathologique, ce qui est un processus d'inférence. Une des personnes rencontrées dans le cadre de nos entretiens décrit comme suit l'inférence d'une « schizophrénie » avec des « délires paranoïaques » :

> Ce sont des trucs assez évidents. Donc entre : « Je suis sur écoute. » et « Je suis cela. » et « On me suit. »… il y avait un beau petit stéréotype. C'était vraiment un stéréotype cinématographique quoi. Je veux dire, se sentir suivie, observée, écoutée, machin, sans… au premier degré vraiment.

Une telle évidence repose cependant sur la disposition et la maîtrise d'une « grille d'analyse » adéquate[116], qui

[116] Sur ces notions empruntées à la sémiotique, on se référera à l'ouvrage de Jean-Marie Klinkenberg (2000). L'idée que je défends ici est celle que l'imputation d'une responsabilité causale, en tant que travail d'interprétation,

permettra progressivement de faire sens de ce qui se joue. L'imputation de ce type de responsabilité repose sur les « théories causales » disponibles. Elle tient en ce sens à des conditions culturelles, au sens par exemple d'une culture scientifique : des manières instituées de lier certaines expériences avec des catégories, ou de lier certaines expériences entre elles, ou de lier certains types d'expériences avec des causes sous-jacentes.

La mise à disposition de grille d'analyse psychiatrique pour les phénomènes dont l'expérience est faite dans le cours ordinaire des choses dépend de conditions larges autant que de déterminants propres aux cours d'action. Évidemment, il s'agit dans un premier lieu d'une problématique sociale large, au sens où les phénomènes psychiatriques ne peuvent être identifiés qu'à partir du moment où une société se dote de catégories utiles pour les appréhender, et de dispositifs constitués autour de ces catégories. Il faut en outre que les autres du fauteur de trouble disposent de quelques connaissances pour pouvoir opérer une liaison entre les conduites de ce dernier et une hypothèse psychiatrique — c'est une chose que j'évaluerai un peu plus loin, lorsque j'évoquerai la question des luttes définitionnelles. La disponibilité et l'usage des grilles d'analyse dépendent de certaines conditions propres aux personnes ou aux groupes de personnes confrontées au

consiste essentiellement en l'« opération pragmatique qui procède de la rencontre entre un fait expérientiel et une grille d'interprétation estimée adéquate […] c'est cette grille qui permet d'indexer le phénomène particulier dans des catégories générales » (Klinkenberg, 2015, p. 12) Cette opération est pragmatique parce que l'éclaircissement de l'opacité du monde est une condition nécessaire pour l'action.

trouble qui leur permettent d'imputer une responsabilité des faits. Elles dépendent cependant également de conditions sociales plus larges.

2.3.2.1. Coûts de la responsabilité morbide des faits

Dans tous les cas, quand bien même cette grille d'analyse peut être mobilisée et est connue des personnes en situation — et on peut sans doute considérer qu'à l'heure actuelle, en Belgique, c'est le cas, dans dans des intensités variables néanmoins — elle est très coûteuse. Comme le souligne Goffman (1973), la qualification psychiatrique d'une personne relève d'une « réinterprétation draconienne » qui opère un lien entre ses conduites et son identité. Il convient, dans un premier temps, d'en peser toute la charge stigmatique puisqu'« une façon de corriger les offenses à la situation est de regarder l'offenseur comme quelqu'un qui est tombé hors nature et n'est plus tout à fait un être humain » (Goffman, 2013, p. 198). C'est quelque chose de patent dans nos entretiens : l'idée même que le trouble relève d'un phénomène psychiatrique semble largement inhibée par le fait qu'on ne peut que difficilement se résigner à faire *d'un proche un malade mental*. C'est quelque chose de flagrant dans cet extrait d'entretien réalisé avec deux parents. Ils y soulignent les enjeux du refus d'une qualification hâtive :

> Eh bien ne cataloguons pas pour le risque que ça pourrait entraîner par rapport au regard qu'on peut porter, par rapport à l'avenir, c'est vrai aussi que je connaissais quelqu'un qui en cours de ses études universitaires, je ne connaissais pas exactement les circonstances parce que je

> ne l'ai pas vu moi à ce moment-là, mais je sais qu'il avait eu un problème, il avait déconné j'allais dire à un moment donné, et ça ne l'a pas empêché après de faire des études de médecine. Donc il y avait quand même un peu cet espoir-là, que ce soit quelque chose de temporaire, de transitoire.

Il faut donc souligner le coût stigmatique relativement élevé de l'inférence d'une maladie mentale. Les autres ont conscience que le diagnostic psychiatrique engage un complet basculement de l'identité de la personne (à l'inverse de l'état d'ivresse ou d'une adolescence difficile par exemple).

En outre, la problématisation psychopathologique est encore coûteuse en vertu des formes de temporalité qu'elle met en jeu. En effet, le diagnostic engage un basculement identitaire durable, qui équivaut le plus souvent à l'idée d'une perte de la personne telle qu'elle était considérée jusqu'alors, à une suppression des suppositions classiquement portées sur elle. C'est quelque chose de très répandu chez les proches rencontrés : admettre qu'un proche a une maladie mentale, c'est en quelque sorte admettre qu'on le perd. Le basculement identitaire induit par l'inférence psychopathologique résulte selon certains proches rencontrés en un « choc dans la famille », voire en une « amputation de la famille ». Ils soulignent à quel point « « la famille proche est quand même terriblement secouée dans ce genre de chose » ! Une mère confiait ainsi en entretien : « donc on a un fils qui n'aura pas de famille, qui n'a pas de métier, il est incapable d'exercer… » Cette idée que le diagnostic psychiatrique impliquerait un deuil semble assez importante comme

composante de l'explication du temps nécessaire pour appliquer une grille d'analyse psychopathologique sur les conduites déviantes. Par hypothèse, les personnes préfèrent dans un premier temps assumer des inférences moins définitives, basées sur l'idée d'un « *self temporaire* » ou d'un état transitoire.

Par exemple, l'ensemble des comptes-rendus délivrés par des parents lors de nos entretiens débutent par une interprétation typique : celle de l'adolescence difficile. L'adolescence difficile semble être une inférence plus spontanée et plus disponible, elle est également moins coûteuse pour les personnes. En effet, par définition, l'adolescence passe, pour la schizophrénie, c'est moins certain.

2.3.2.2. Promesse et curabilité : intéressement des personnes affectées

Cependant, cette requalification de la situation au moyen de grilles d'analyse psychopathologique vient aussi avec des gains majeurs en termes de lutte contre l'incertitude, et surtout, de promesse de traitement. Pour comprendre cela, on peut faire un petit détour historique par la naissance de la discipline psychiatrique et la nécessité très précoce d'intéresser les familles, et les pouvoirs publics, réaffirmant la curabilité de principe de la maladie mentale, et la supériorité technique de la psychiatrie à cette fin.

L'aliénisme est né autour de cette « rhétorique de la promesse » du point de vue thérapeutique : la rationalisation médicale est venue avec la promesse d'une amélioration possible, avec l'idée d'un traitement (Genard,

1999). En cela, elle offre des horizons de réduction de l'incertitude et d'amélioration des situations négatives. Cet horizon thérapeutique tient notamment à la rupture que va constituer l'aliénisme du point de vue des conceptions de la folie, défaisant la « radicale altérité de la déraison » qui prévalait jusqu'alors (Yvorel, 1996). La folie relève dorénavant de l'« aliénation mentale » et se conçoit au creux de conceptions philosophiques et morales typiquement modernes.

Cette évolution des conceptions de la folie relève de la rationalisation médicale, qui reconfigure le système de propriété du problème, et les modes d'imputation de responsabilité. En effet, après Pinel, le lien est fait entre ce qu'Hegel qualifie de « ce reste de raison dans les aliénés et dans les maniaques » et « le principe de leur guérison » (Gauchet, Swain, 1997, pp. 39-40). C'est alors la désaliénation qui constitue le projet des médecins engagés dans ces pratiques nouvelles. Cet horizon est néanmoins restreint par un cadre très précis, celui d'une division spécialisée des tâches qui occulte, dans la pratique de l'aliénisme, toute prise en compte des instances aliénantes autres que celles qui ont trait à la question strictement psychique. L'aliénation mentale relève d'une défaillance (occultation) des capacités et facultés d'usage de la raison, et le traitement prend une forme strictement individuelle, morale et physiologique, en aucun cas politique par exemple.

La reconnaissance de la propriété aliéniste du problème des aliénés curables tient notamment à un processus de médicalisation. Quelques pratiques antérieures peuvent

certes éventuellement être ramenées sous le patronage médical, dans le sens qu'elles relèveraient de premières tentatives d'une rationalisation étiologique de la folie (et donc de premiers modes de causalisation scientifique), comme les explications basées sur l'idée de la pierre de folie[117] ou la théorie des humeurs[118]. Cependant, celles-ci ne relèvent en rien de l'entreprise systématique, descriptive et analytique qui caractérise le « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » de Pinel (1801), le « Traité sur l'aliénation mentale » de Guislain (1825) ou encore l'ouvrage « Des maladies mentales considérées sous le rapport médical » d'Esquirol (1838). En Belgique, on peut citer en ce sens la création des « annales médico-légales belges » en 1842, par les Docteurs Crommelinck et Dejaeghere, conçues comme un « journal spécial de maladies de l'encéphale et du système nerveux, de maladies mentales, de médecine légale, de toxicologie et d'hygiène[119] ». Cette publication montre bien les prétentions à reconfigurer le champ d'application de la médecine et à en étendre les interventions légitimes en accaparant la question des « maladies mentales ». De même, la publication, en France cette fois, et quelques années auparavant, des « annales d'hygiène publique et de médecine légale » dans le prospectus desquelles est

[117] La folie était considérée comme pouvant être expliquée par la présence d'une « pierre de folie » dans le cerveau, dont l'extraction était la voie de traitement indiquée (lithotomie).

[118] Ici, c'est plutôt la saignée que la trépanation qui était indiquée.

[119] Crommelinck (dir.), *Annales médico-légales belges*, Tome II, 2e année, Bruxelles, imprimerie de H. Bourlard, 1843, p. 5.

affirmée la volonté d'approcher à partir des « données les plus positives de la physiologie, de la médecine, de la chirurgie et de la chimie » une question telle que l'« aliénation mentale et les actions qui en dérivent »[120]. Il est intéressant de souligner que ces appropriations de la question psychique se font sous l'égide de la médecine légale, montrant d'une part l'appariement dès son origine de la psychiatrie avec le pouvoir judiciaire[121], et d'autre part, la volonté « programmatique » de « redéfinir les frontières de la médecine et ses rapports avec les différents responsables de l'organisation sociale ». (Van de Kerchove, 1983, p. 262).

Le patronage médical de la prise en charge de la « folie » n'est pas sans conséquence. Celle-ci est dorénavant une « maladie mentale », et dans ce seul postulat, une véritable révolution copernicienne. Le mandat de gestion d'un pan entier de la question sociale acquis par la psychiatrie dans le monde occidental a par conséquent nécessité l'élaboration scientifique de ses catégories, son « jardin des

---

120 Adelon *et al.* (dir.), *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Tome premier, première partie, Paris, Gabon, 1829, pp. vij-viij.

121 Foucault (1996, 1999) a montré l'appariement très précoce de la psychiatrie à des dispositifs d'expertise, avant tout dans le monde judiciaire. Le lien entre l'évaluation experte et la pratique de la psychiatrie est structurant de la discipline. En effet, la discipline a très vite assuré son positionnement spécifique en vertu d'un savoir spécialisé, mettant en avant sa forte valeur explicative et son utilité sociale. Le jugement des psychiatres a peu à peu acquis un tel statut, sous-tendu par un rationalité scientifique d'objectivité, dans divers domaines sociaux et sur des questions variées : en droit pénal, en droit civil, en matière de protection de la personne. C'est sur cette base qu'a prospéré la dimension experte du savoir psychiatrique, répondant à une demande sociale croissante et mobilisant toujours plus de professionnels.

espèces » (Foucault, 1977), depuis Philippe Pinel jusqu'à l'essor actuel des neurosciences. Une discipline experte nécessite des catégories institutionnalisées et conventionnellement acceptées pour maximiser son positionnement spécifique, en lien avec un secteur particulier du social, dans la spécialisation des savoirs. L'horizon d'un savoir utilisé dans des dispositifs experts est en effet a priori de constituer une ressource utile et univoque pour intervenir en pratique dans le monde, à même donc de servir des intérêts de « contrôle » (Habermas, 1986). On fait alors face à la conception la plus traditionnelle du savoir scientifique, comme processus axiologiquement neutre d'accès à la vérité selon une division naturelle du travail intellectuel, et l'expert est chargé de l'explication, au sens de Dilthey[122], du fonctionnement d'une portion de la réalité, sur base de laquelle il peut faire des recommandations réalistes. La production de tels jugements experts, orientée vers une intervention pratique adéquate dans le monde, nécessite des outils cognitifs et théoriques stabilisés. C'est en effet une condition d'efficacité du savoir expert qu'il ne doive pas sans cesse être remis en question quant à ses méthodes, ses catégories et son champ d'application.

Face à des situations vagues et indéterminées, néanmoins ressenties comme négatives, les autres de la personne fauteuse de trouble peuvent trouver dans les savoirs issus de la psychiatrie certains instruments pour les

[122] C'est-à-dire comme démarche analytique de décomposition des phénomènes et d'identification de leurs causes.

problématiser. Celles-ci sont privilégiées en fonction de leur disponibilité et de leur *facilité* d'usage, mais encore, comme nous venons de le voir, en fonction d'un positionnement historique de la psychiatrie, et de disciplines annexes, en tant que meilleur moyen de venir à bout des problèmes constitués comme tels. L'adoption de la grille de lecture est donc liée à cette promesse de curabilité de la maladie mentale, progressivement constituée depuis deux siècles. On le voit, l'imputation d'une responsabilité causale du fait observé est foncièrement liée à l'imputation d'une responsabilité de faire quelque chose. Cette dernière imputation est déterminée par une seconde opération, celle de l'implication. Elle vise à répondre à la question : si nous faisons face à tel type de *fait*, qu'est-ce que cela implique, et pour qui ? Comme le souligne John Dewey (2007), les opérations d'inférence, c'est-à-dire d'interprétation des faits observés (*fact-meaning*), ont un caractère opératoire : les faits observés (les données factuelles sélectionnées) et les significations produites s'articulent dans des voies de résolution d'une situation troublée. Les manières d'attribuer des causes à un phénomène problématique définissent les manières de le prendre en charge, et donc aussi, les acteurs vers lesquels il s'agit de se tourner et de revendiquer une action.

2.3.3. Impliquer : imputer la responsabilité de faire

L'implication ne repose pas sur l'imputation d'une responsabilité du fait, mais d'une responsabilité de faire. Elle constitue donc un processus normatif, articulé à des plaintes, des revendications et des aspirations morales,

tout en étant déterminée par l'inférence initiale. La responsabilité de faire est bien déterminée par la responsabilité du fait, et cette détermination est inscrite dans la matrice culturelle de nos sociétés. Ici, on peut retrouver partiellement la question de l'état et des formes de la régulation, à partir de la manière dont des « schémas d'attentes » (*patterns of expectations*) sont générés à l'articulation du développement des connaissances et de la socialisation des États notamment. Lawrence M. Friedman (1986) montre en ce sens la « naturalité» nouvelle de certaines demandes adressées à des agences étatiques, à la faveur du développement scientifique des connaissances qui en sont le substrat, de l'augmentation des capacités d'intervention et de l'avènement d'une culture démocratique et protectionnelle. L'implication, en tant qu'imputation d'une responsabilité de faire consiste donc, *in fine*, en l'appel à des agences officielles. Elle repose sur

> un sentiment subjectif qu'il y a une certaine chance d'obtenir ce que vous demandez. Personne ne demande au gouvernement la vie après la mort ou une bonne pluie pendant la saison de croissance. L'État ne peut pas fournir ces choses, et tout le monde le sait.[123] (*Ibid.*, p. 20)

Les attentes sociales évoluent et grandissent en fonction du fait que les gens se savent en droit de les formuler. Par exemple, au niveau sanitaire, les progrès de la médecine

[123] Ma trad. : « *A demand is a kind of claim, which depends on a subjective feeling that there is some chance of getting what you ask for. Nobody asks the government for life after death or for good rain in the growing season. The state cannot provide these things, and everybody knows that.* »

font que la mort d'un enfant est devenue un fait inacceptable, alors qu'auparavant « on attendait si peu de la loi, de l'État et du gouvernement […] d'une certaine manière, de la vie elle-même […] La vie était dominée par un énorme sentiment d'insécurité.[124] » (*Ibid.*, p.21) Ainsi, les formes de la régulation de la question psychique ont été progressivement transformées par la transition d'un mode de régulation libérale vers un mode de régulation *providentialiste*.

Si la dernière notion est problématique à de multiples égards[125], elle apparaît toutefois utile pour qualifier la structuration progressive de la régulation autour d'attentes normatives nouvelles et d'une (re)configuration des institutions, marquées par un souci de protection sociale des individus. Comme l'a souligné Esping-Andersen (2007), ce mouvement long de constitution de l'État-providence a accompagné des processus de démarchandisation et de défamilialisation, déliant progressivement, et très partiellement souvent, la possibilité pour l'individu de vivre une existence *digne*,

---

[124] Ma trad. : « *so little was expected from law, state, and government. Indeed, little was expected, in some way from life itself […] Life was overhung by a tremendous sense of insecurity* ».

[125] En effet, la notion d'« État-Providence » est chargée, dès sa conception par le député français Émile Ollivier, d'une connotation négative, stigmatisant sa supposées prodigalité. Ainsi, dans la littérature francophone, on recense de nombreux appels à abandonner ce champ notionnel pour désigner les mécanismes étatiques de socialisation des risques, ou à en user avec prudence, tant elle est ambivalente (Hassenteufel, 1996 ; Castel, 2007 ; Cassier, Reman, 2007). À l'inverse, François-Xavier Merrien (2019) considère, après une analyse historique du contexte de son apparition, qu'il n'y a « aucune raison de contester la légitimité d'une notion qui peut être lavée du soupçon de péché originel ».

malgré les épreuves, sans devoir se reposer sur les dépendances familiales ou son insertion dans l'ordre économique. Cette transformation radicale de l'« économie morale[126] » des sociétés occidentales s'est opérée en parallèle de leur reconfiguration institutionnelle, dont l'État a été l'acteur central et incontournable. En effet, ce dernier s'arrache petit à petit au seul rôle de « gendarme » qu'une certaine conception libérale voulait bien lui laisser (Cantelli, 2007). Par cette rupture avec la restriction régalienne, de nouveaux espaces de préoccupation et d'intervention s'ouvrent, hors des seules questions attachées au maintien de l'ordre. L'État prend petit à petit en charge des fonctions qui étaient à l'origine de la responsabilité d'institutions traditionnelles, marquées par des formes plus « organiques » de solidarité.

Certes, la socialisation de l'État est un mouvement de fond qui trouve ses racines dans la période libérale. Les contradictions et troubles qui traversent les sociétés dès le sortir de l'ancien régime vont générer des formes de

[126] La notion d'économie morale est proposée initialement par Edward P. Thompson (2013) pour désigner les 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. Elle a été revisitée par Didier Fassin (2009) qui en use afin de désigner « la production, la répartition et la circulation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (p. 1257). En l'espèce, la notion concerne donc l'ensemble des conceptions relatives aux obligations, aux droits et aux engagements dans le domaine de la vie matérielle, de la sécurité et de l'ordre public, ainsi que de la protection et du soin des personnes. Une économie morale (propre à une époque, une société et un groupe en son sein) constitue donc un ensemble de 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*.

régulation *organisées* autour de l'État. Néanmoins, la montée en puissance d'une série d'attentes normatives *de protection* participe d'une prise de masse radicale de l'instance étatique, faisant progressivement reculer les thématisations prémodernes des problèmes, articulée à l'idée qu'« il faudra bien t'y faire ! » (Gusfield, 2012). Petit à petit, il y a une multitude de choses auxquelles on *ne se fait plus*, et l'État acquiert une place privilégiée parmi les institutions sociales auxquelles les doléances sont adressées.

La constitution des États sociaux repose sur un principe politique simple : la conversion « de nombreux problèmes privés et familiaux en problèmes publics » (*Id.*). Ainsi, à la faveur d'expériences politiques singulières, la compréhension d'évènements comme la perte d'emploi ou la maladie n'est plus ni « tragique » ni moralisante, mais sociale — attachée à de nouvelles grammaires des responsabilités et modèles d'interprétation (Genard, 1999). Par-là, ces épreuves individuelles sont rendues justiciables d'actions et de mesures collectives, prises au sein de dispositifs d'intervention et de mécanismes de redistribution. Cela a eu pour conséquence de détacher (en partie) les personnes de la nécessité de trouver de l'aide auprès de leurs proches et familles. Les mécanismes de socialisation des risques ont été des adjuvants décisifs du désencastrement (incomplet, certes) de l'existence individuelle de la vie familiale. La mise en place de mécanismes de protection sociale, de services publics de santé, d'équipements collectifs et d'instruments réglementaires a constitué autant de « supports sociaux »

qui permettent aux individus un accès à une vie minimalement digne et souhaitable, sans dépendre exclusivement de la propriété ou des solidarités privées (Castel, Haroche, 2001).

La construction des systèmes de santé a reposé sur cette volonté d'affirmer une responsabilité sociale et publique face à certains types de problèmes, déchargeant les proches (des femmes, avant tout) d'une partie de leur responsabilité dans l'organisation du soin. Il a bien sûr été montré à quel point cette (in)dépendance à l'égard du « domaine familial/privé » était corrélée à des inégalités de genre, la protection sociale des femmes restant bien plus liée à leurs rôles familiaux, même lorsqu'elle est formalisée. Malgré cela, la mise en place de services publics de santé a permis l'externalisation (à tout le moins partielle) de la satisfaction des besoins en dehors de la famille et des réseaux de sociabilité proche.

L'intégration (lente et tardive) des systèmes psychiatriques et psychosociaux au système des protections va dans ce sens. La maladie mentale est appréhendée à l'intersection des catégories administratives et des catégories cliniques, à partir du modèle des droits-créances[127], fondées sur l'idée d'un sujet individuel, et non plus d'une entité familiale ou d'un réseau proximal. Ceux-ci sont de moins en moins

[127] Classiquement, on distingue droits-libertés, ou droits de première génération, et droits-créances, ou droits de seconde génération. Les premiers sont articulés à une conception négative de la liberté de l'individu, pensée donc comme absence de contrainte extérieure (libre association, libre expression, etc.) À l'inverse, les droits-créances sont liés au pouvoir d'exiger une intervention positive de l'État. Leur émergence coïncide avec le processus de socialisation de l'État.

reconnus comme partie intégrante du système de rôle à deux entrées (patient-soignant) qui organise la relation thérapeutique. Sur le plan médical, se développe même progressivement un « modèle pathologique de la famille » (Carpentier, 2001). Partant, le système de la propriété du problème et l'économie des responsabilités y afférant se modifient également. On peut retracer ces évolutions à travers quelques points pivot et moments de bascule : médicalisation à travers la loi de défense sociale (1930) et le transfert de la charge des asiles du ministère de la justice à celui de la santé (1948), intégration à l'appareil de la sécurité sociale par le remboursement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) des hospitalisations en service ouvert (1963) puis en service fermé (1972), et la diversification des modes de gestion de la folie par l'intégration d'acteurs de la santé mentale dans un complexe de régulation de plus en plus large et différencié.

Au tournant des années 1980, cela commence à changer (Davtian, Collombet, 2014). Dans un contexte politique marqué par la crise de 1973, il s'agit de transformer les institutions providentialistes et leur supposée prodigalité afin de les adapter aux nouveaux standards de gouvernement en termes de dépenses sociales et de compétitivité. Un premier vecteur de limitation de l'accès aux soins tient à l'organisation du système de santé mentale, impactée par une série de réformes depuis une cinquantaine d'années. Après la crise de 1973, le climat politique est à la réduction des coûts et à la remise en question de « la logique expansionniste de l'État social et,

en particulier, la logique d'expansion de l'hôpital comme mode principal de gestion étatique des droits-créances» (De Munck *et al.*, 2003, p. 55).

Dès 1976, l'arrêté royal fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers visait explicitement « à éviter un accroissement injustifié de la capacité d'accueil des services hospitaliers psychiatriques ». Dix ans plus tard, en 1986, le ministre des Affaires sociales, Jean-Luc Dehaene (CVP), institue un premier moratoire sur la programmation hospitalière psychiatrique. En juillet 1990, son successeur, Philippe Busquin (PS), entame une grande réforme de l'organisation des soins psychiatriques qui vise la reconversion de plus de six mille lits hospitaliers en capacité d'accueil extrahospitalier. De nouveaux dispositifs institutionnels sont mis en place, comme les initiatives d'habitation protégée ou les maisons de soins psychiatriques dont les normes d'encadrement sont bien moindres qu'en contexte hospitalier.

L'hospitalisation de longue durée étant jugée extrêmement coûteuse autant que peu satisfaisante sur le plan thérapeutique, les réformes successives visent la réallocation d'une partie des moyens financiers vers le secteur ambulatoire. Cette logique sera encore à l'œuvre dans la séquence récente de désinstitutionnalisation psychiatrique. Lancée en 2009, la réforme s'appuie sur l'article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins pour financer des initiatives expérimentales visant « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu

social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés »[128]. C'est désormais le soin dans le milieu de vie du patient qui est le modèle, « le traitement et l'encadrement résidentiel ou des soins en milieu hospitalier resteront nécessaires [dans des cas et circonstances spécifiques], mais seront marqués par un caractère plus intense »[129]. Les données relatives aux durées d'hospitalisation parlent d'elles-mêmes : si en 1970, la durée moyenne d'un séjour psychiatrique était de 200 jours (Delvaux, 1986), elle a ensuite diminué de manière constante, au cours de la décennie suivante (Verhaegen, 1991), puis des autres. Ainsi, sur la période 2008-2012, elle n'était plus que de 49 jours (Umbach, Vanrillaer, 2014). Certes, les réadmissions au cours de la même année sont de plus en plus fréquentes, ce qui doit mener à une certaine nuance dans l'interprétation de ces données (Auwers, 2021). L'accès objectif aux soins est limité, dans un contexte général de saturation des structures de prises en charge, imputé par les acteurs du champ au sous-financement de la santé mentale[130]. À cela s'ajoutent des modes de tarification à l'acte[131] et des mécanismes de recrutement des patients laissés à l'appréciation des services.

---

[128] *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, www.psy107.be, p. 10.

[129] *Ibid*, p. 6.

[130] Voir notamment la note de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale adressé au Parlement bruxellois : « Eléments d'attention sur les besoins en santé mentale — Note de recommandations présentée au Parlement bruxellois, février-mars 2021 ».

[131] Sur les conséquences de la tarification à l'acte dans le contexte français, on renverra aux travaux de Juven (2016).

Ce raisonnement du coût le plus faible est accompagné d'un nouvel imaginaire axé sur l'individualisation des soins et orienté vers la réinsertion. Comme le notent Marquis et Susswein (2020), elle porte un « idéal mobilitaire » qui promeut une certaine conception de la personne, dont il est attendu qu'elle joue un rôle actif dans son parcours de soin et, plus largement, dans son insertion sociale. À mesure que les sémantiques du « réseau de soins » et des « trajectoires de soins » s'imposent, l'accessibilité objective des systèmes de soins s'impose comme enjeu central. La prise en charge n'étant plus conçue sous la forme unique de l'enfermement thérapeutique, la médiation entre l'offre de soin et les personnes malades (*outreaching*) devient une nouvelle nécessité : « le service doit pouvoir être mobile et aller vers le patient »[132]. Dans les faits, la mobilité et la proactivité des prestataires de soins sont difficiles. On note une tendance lourde à la diminution de l'offre de soins ambulatoires relativement aux besoins identifiés sur le terrain, qui empêche les intervenants d'adopter la posture de mobilité nécessitée par des politiques de santé mentale hors établissement[133]. Si la responsabilité d'être proactif et mobile ne peut venir des intervenants, elle est nécessairement déportée sur les personnes malades et leur

---

[132] INAMI et Médecins du Monde, *Livre blanc sur l'accès des soins en Belgique*, Bruxelles, 2014. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf (27 novembre 2019), p. 13.

[133] Voir LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE (LBSM), *Actes du colloque « Gouverner le soin, soigner à contre-courant. De la contradiction à la réalisation… »*, 9 décembre 2019, notamment la première partie de Susswein (2020).

entourage. L'une des « priorités » dans l'organisation des systèmes de santé mentale est alors de « responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille »[134].

Ces transformations ont impliqué l'incorporation grandissante de l'aide informelle, notamment en vertu d'une logique de transfert des coûts sociaux vers le milieu de vie, et donc les foyers[135]. Le « *care* domestique » devient en effet un rouage central du fonctionnement des protections, présupposé « par les politiques publiques et les discours des professionnels engagés dans le domaine des soins » (Damamme, Paperman, 2009). Le démantèlement des mécanismes de protection sociale et l'individualisation des risques résultent alors partiellement en une (re)familialisation des existences (re)faisant de la famille un « centre normal des responsabilités en ce qui concerne les besoins sociaux des membres » (Esping-Andersen, 2007, p. 278).

---

134 SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique*, Bruxelles, novembre 2011, p. 5.

135 La focalisation sur les transformations de l'État et de ses modalités d'intervention tend à occulter les évolutions historiques parallèles à celle des structures étatiques, pourtant importantes dans le champ psychiatrique. Les évolutions des discours et des pratiques des professionnels ont notamment constitué des facteurs déterminants dans l'histoire que je reconstruis, et ne peuvent être indexés sur la question de l'État et de la transformation de ses structures. Ainsi, la désinstitutionnalisation a été portée avant tout par des mouvements critiques qui visaient l'émancipation des personnes psychiatrisées. La convergence entre ces visées émancipatrices et les objectifs, notamment budgétaires, d'une désinstitutionnalisation *par le haut* doit alors être pensée dans toute sa complexité, en termes de tension, de luttes idéologiques et d'effets d'aubaine. À ce sujet, on consultera les travaux de Bellahsen (2014), Thunus (2015), ainsi que de Walker et Thunus (2020).

2.3.3.1. Familialisation : vers une régulation familiale de la question psychique ?

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 »[136] qui la sous-tend reposent sur la nécessité d'un *recrutement* de la communauté[137], et donc essentiellement des familles. Certaines réformes législatives et l'évolution des formes juridiques ont constitué un pan crucial du processus de désinstitutionnalisation, et renforcent cette nécessité. Les pratiques psychiatriques ont en effet été au cœur d'une poussée de juridicisation au cours des dernières décennies, dans le sens de la reconfiguration anthropologique de nos sociétés (Genard, 2007 ; 2009). Celle-ci visait à accroître l'autonomie de droit des patients et à limiter les risques de l'arbitraire psychiatrique en inscrivant les relations de soin et de dépendance dans un souci de préservation des libertés fondamentales placé sous contrôle judiciaire[138]. L'émergence d'une psychiatrie basée sur les droits subjectifs du patient (McSherry, Weller, 2010), dont les modalités d'organisation objectives se trouvent

---

136 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.

137 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, 2021).

138 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, 2021 ; 2023d).

complètement reconfigurées, peut sans doute être considérée comme ayant 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, présents sur des scènes familiales, qui prennent une importance cruciale dans la régulation de la question psychique.

2.3.3.2. Penser la participation familiale

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 »[139] qui la sous-tend, reposent sur une nécessité, peu explicitée dans les documents programmatiques de réforme, d'un *recrutement* de la communauté[140], et donc essentiellement des proches.

---

[139] 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.

[140] 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

En effet, 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 » (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'établissements[141]. Les politiques de désinstitutionnalisation et de promotion du maintien dans l'environnement ont donc engendré une (re)familialisation de l'accompagnement et des soins psychiatriques. Ce sont surtout les familles qui ont acquis à nouveau la charge de ces questions.

La désinstitutionnalisation peut de ce point de vue être considérée comme un processus d'inversion (partielle) des valeurs et des normes pratiques liées aux fonctionnements psychiatriques. La prise en charge résidentielle, *a fortiori* contrainte, repose sur une logique *par défaut*, lorsque les

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, 2021).

[141]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 notre 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, je distingue les espaces institutionnels (c.-à-d. résidentiels et hospitaliers) des espaces communautaires et familiaux.

alternatives préférées sont mises en échec[142]. Dans le contexte de désinstitutionnalisation, les proches et parents acquièrent une responsabilité nouvelle en matière de surveillance clinique, devenant des véritables intermédiaires entre le milieu de vie du malade et les institutions de prises en charge.

Cela implique de penser une question nouvelle : celle de l'exposition accrue des familles à la maladie mentale, et de leur participation au « traitement » des personnes porteuses d'un trouble mental, c'est-à-dire de leur place dans la régulation de la question psychique. La recherche sur les pratiques psychiatriques nécessite une révision des catégories conceptuelles et cadres d'analyse hérités des travaux classiques d'après-guerre. Le basculement de l'offre des soins depuis une « écologie résidentielle » vers des écologies plus « communautaires » ou de « réhabilitation » a induit une transformation majeure des manières dont on peut concevoir la prise en charge de ce type de problématiques (Thunus, 2015). De fait, la « priorité accordée au domicile » ainsi que « la reconnaissance » croissante dans les discours publics et l'élaboration des politiques de santé mentale du « rôle des aidants et aidantes » induit « plutôt une mobilisation […] des familles dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. » (Giraud, Le Bihan, 2022) En conséquence, il est dorénavant impossible d'occulter la question d'une « familialisation » des politiques de santé mentale. Dans un

[142] Je développe plus particulièrement cette idée de la hiérarchie des solutions dans le chapitre 6.

contexte matériel de réduction des capacités de prise en charge des institutions publiques, et un contexte culturel de conception insulaire de l'individu, on assiste à ce que certains auteurs qualifient tout simplement de « néo-familialisme[143] » (Giraud, 2017).

2.3.3.3. Travail, contrainte et fardeau

La désinstitutionnalisation a été décrite comme ayant accru le « fardeau » des familles (Kovess-Masféty, Villani, 2019). Carpentier (2001) souligne la difficulté à utiliser ce concept pour rendre compte de l'ampleur du soutien émotionnel et matériel apporté par les proches dans un contexte de désinstitutionnalisation. Malgré sa faible opérationnalité sociologique, il semble néanmoins permettre de rendre compte de la charge de « négativité» qui marque le travail familial de soin, d'accompagnement et de gardiennage, peut-être rendue moins visible dans les formulations par la notion de *care* (Chauvier, 2015). On est alors bien conscient que le reproche inverse peut immédiatement être opposé à l'égard d'une notion qui est particulièrement inscrite dans les dimensions négatives de l'expérience. Plutôt que des débats terminologiques et notionnels, on fera place à l'analyse des données empiriques qui suit, celle-ci permettant de montrer toute l'ambivalence affective des réactions familiales au trouble,

[143] Ces questions ont été approfondies, à partir de l'hypothèse de néolibéralisation, dans ma contribution « L'enrôlement des familles dans les systèmes de santé mentale. Un "tournant néolibéral" des prises en soin ? » dans un ouvrage collectif sur le(s) néolibéralisme(s) en Belgique (Printz, 2023d).

mises en tension entre « souci » et « irritation » (Emerson, 2015).

La prise en compte des activités familiales dans l'analyse des prises en charge psychiatriques semble réclamer une sortie des approches dichotomiques conventionnelles. Ces dernières sont le plus souvent établies sur des hypothèses de discontinuité qui mettent en jeu la multiplicité des variations de la pensée dichotomique (privé/public, famille/État, situation/institution, etc.). Dans ce cadre, les sphères familiales sont conçues comme lieux de déploiement de significations et de normativités strictement situées, retranchées aux thématisations publiques ou institutionnelles. Les littératures féministes ont cependant aiguisé notre compréhension de la portée idéologique de la notion de « privé » et de son décalque sur la famille restreinte dans une société patriarcale, en particulier l'invisibilisation d'une partie non négligeable du travail (d'abord reproductif) socialement nécessaire (Barrett, McIntosh, 1982). Ainsi, le fait que ces pratiques se déploient sur fond d'intimité relationnelle ne doit pas occulter leur participation, voire leur instrumentalisation, dans des processus larges et impersonnels de régulation.

Il n'est alors 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). La sphère familiale et les différents supports d'existence qu'elle pourvoit aux individus ont longtemps constitué la « boîte noire » de l'analyse des politiques sociales. Pourtant, une approche

sociologique conséquente des politiques sociales ne peut négliger la question du travail fourni par les proches et de son incorporation dans le fonctionnement des protections. Il s'agit alors de reconnaître la nécessité d'« endogénéiser » la famille dans l'analyse des dispositifs de l'État social (Esping-Andersen, 2007). Cela peut être fait à partir de la notion de « familialisation » qui définit classiquement les variations dans le degré de dépendance à l'égard des relations familiales dans l'accès à un niveau de vie satisfaisant (Lister, 1994, p. 37). Cette familialisation était déjà pointée par Goffman (1973) qui notait :

> L'acte médical a confié certaines fonctions à la famille du malade. Par exemple, on attend très communément qu'elle coopère, qu'elle supplée, qu'elle mobilise les ressources domestiques nécessaires pour satisfaire les besoins particuliers et temporaires du malade. Quand la maladie est grave, le moins que la famille puisse faire est de prendre sa voiture pour emmener le malade à l'hôpital et l'en ramener. Au plus, la maison peut devenir un hôpital à côté de l'hôpital. (p. 315)

Dans ce contexte, il importe de considérer les manières qu'ont les familles de répondre aux menaces, symboliques et pratiques, que les maladies mentales graves font peser sur l'ordre social. En effet, « quand le malade est hors des murs de l'hôpital », ce sont « ses autres » qui « s'engagent personnellement à le garder ». Ses conduites et ses actes ne sont alors « pas des symptômes, ni des clowneries, ni un spectacle décourageant dont on peut s'éloigner » (p. 314), mais de véritables menaces pour les ordres sociaux, autant

que pour l'individu. Il s'agit alors de considérer les réactions, interprétatives, mais aussi pratiques, des membres face à l'émergence de ce type de trouble, qui visent tant à préserver l'ordre social qu'à tenir la personne.

2.4. Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai introduit la notion de « question psychique » pour désigner l'objet, sur le plan macrosociologique, de cette thèse. J'ai montré comme les formes de sa régulation ne peuvent être réellement comprises, à mon sens, qu'à partir du moment où l'on se dote de la notion de « trouble » et que l'on envisage, sur cette base, la problématisation. La focalisation sur cette opération de problématisation permet de rendre compte de l'intrication des niveaux de la réalité sociale, ainsi que de doter ces objets de prises sociologiques.

En réaffirmant l'ancrage sociologique de mon travail, j'ai souligné que la maladie mentale doit être étudiée comme un accomplissement résultant de la tension entre le trouble et les opérations de problématisation, le tout enraciné dans un contexte social plus large. J'ai donc exploré les différentes formes de régulation de la « question psychique » et mis en évidence l'importance capitale des opérations de problématisation dans sa construction complexe. Ces dernières consistent en l'articulation d'opération d'inférence (attribution d'une responsabilité causale) et d'implication (imputation d'une responsabilité de faire *quelque chose*).
C'est donc sur cette base que la problématisation est opérée, à partir de ces deux types d'opérations, distinctes,

mais liées en pratique, que sont l'inférence et l'implication. Les deux sont bien entendu *contrôlées* par les faits et les pratiques. Qu'est-ce à dire ? La définition causale (responsabilité du fait) et la définition politique (responsabilité de faire) de la situation troublée sont bien sûr *impactées*, *contraintes* et *déterminées*, dans le même temps qu'*impactantes*, *contraignantes* et *déterminantes*, des tentatives pratiques de transformation de la situation en vue d'une remédiation du trouble. Elles sont aussi inscrites, je l'ai montré, dans des conditions sociales larges liées aux développements scientifiques et techniques, et aux processus de socialisation de l'État qui définissent la matrice culturelle dans laquelle prennent pied les opérations d'inférence et d'implication. Les manières d'« ordonner notre compréhension » et celles d'« imaginer des actions » sont foncièrement liées (Gusfield, 2012, p. 114). Cela, en vertu de droits qui « ont habilité des personnes à formuler des plaintes et des réclamations qui, dans le passé, recevaient pour seule réponse : "Il faut t'y faire !" » Gusfield, 2012, p. 115). Le problème, conçu comme concept culturel, « n'est pas quelque chose d'abstrait ni de séparé des institutions sociales » (p. 115).

Or, les transformations récentes des formes de régulation de la question psychique ont suivi une ligne de désinstitutionnalisation. Celle-ci transforme les économies de la responsabilité et renforce la nécessité, déjà affirmée sur le plan épistémologique et théorique (voir premier chapitre), de s'intéresser aux opérations situées des personnes, à côté des ensembles institutionnels et des dynamiques impersonnelles. En effet, dans le contexte

d'une psychiatrie hors les murs, le cercle des personnes exposées aux manifestations des troubles s'accroît de manière drastique. Le basculement d'une « écologie résidentielle » du soin vers une « écologie communautaire »[144] a en effet impliqué ce qu'Isaac Joseph (1998) a qualifié de « socialisation du regard clinique ». Qu'est-ce à dire ? Le sociologue problématisait cette question de la sorte :

> Le désenfermement *expose* la folie au regard, au jugement et à la responsabilité non du seul psychiatre ou personnel hospitalier, mais aussi bien à l'entourage familial ou professionnel du malade, à son voisinage, aux agents des services publics qui le prennent en charge sans pour autant être formés à déchiffrer ses symptômes (Joseph, 1996a, p. 108)

La promotion du traitement communautaire de la maladie mentale, issue de la critique du monde asilaire et de l'enfermement, résulte en une « reconfiguration de l'espace clinique » autour d'acteurs nouveaux, non-professionnels et membres du milieu de vie. Le modèle communautaire reposait, dans son idéal « éthico-topologique » initial, sur l'idée que « le curé, l'"instit", le voisin, le bistrotier » seraient recrutés dans le projet thérapeutique (Lovell, 1996). Dans les faits, on peut considérer que si parfois, le malade est, « il est vrai, pris en charge comme le fou du village par ses voisins de quartier », pour l'essentiel, il est « "contenu" par son

[144] Sur ces questions, voir Sophie Thunus (2015) ainsi que Sophie Thunus et Frédéric Schoenaers (2017).

entourage ou par des dispositifs relationnels ("d'alignement collusoire", dirait Goffman) » (Joseph, 1996a, p. 109). Autrement dit, pour l'essentiel, il est « contenu » par ce qu'il est communément convenu d'appeler sa « famille »[145].

Ce processus de privatisation de la question psychique, marqué par ce que l'on pourrait qualifier de reflux de la culture providentialiste, renforce la nécessité d'un intérêt pour les « micro-politiques du trouble » : non seulement, sur le plan analytique, celles-ci sont constitutives de la régulation de la question psychique, mais, en outre, l'accroissement de la responsabilité familiale déplace de plus en plus les politiques de santé mentale vers des micro-politiques de santé mentale. Les analyses des trajectoires de néolibéralisation de Melinda Cooper (2017), et surtout de Grégoire Chamayou (2018), sont alors utiles. Ce dernier considère par exemple que le propre de la raison néolibérale consiste dans un rabattement des questions politiques sur des coordonnées micro-politiques. Ce processus résulte en un rétrécissement du champ des possibles macropolitiques par le rabattement sur des micro choix locaux. Ceux-ci, relativement contraints, individuels ou familiaux, se dirigent vers l'offre privée et créent « par surcroît d'autre chose que leur objet immédiat », à savoir un ordre social néolibéral

[145] Ce qu'une la littérature récente, héritière de la (re)découverte de la famille dans l'analyse de l'action publique, sociale et sanitaire commence à documenter. Voir : Bartlett et Wright (1999), Carpentier (2001), Davtian et Collombet (2014), Capuano (2021).

3.
MICRO-POLITIQUES FAMILIALES : REMÉDIER AU TROUBLE DANS DES ESPACES PRIVÉS

> Ces hommes qui refusent — ou qui se sentent empêchés, pour une raison ou pour une autre — de se conformer aux règles établies — peu importe la force de leur justification, ou qu'elles puissent être insensées — doivent être laissés de côté. Vous ignorez ce dont ils seraient capables dans certaines circonstances, et cela engendre malaise et confusion. Ils ne suscitent en vous que de l'embarras…
>
> Dashiell Hammett, *Nelson Redline*

L'enjeu de l'approche par la régulation réside, je l'ai montré dans le premier chapitre de cette thèse, dans l'articulation des perspectives concernées par les « macro-structures » et celles qui s'intéressent aux « pratiques observables de la vie quotidienne ». Il s'agit de montrer comment l'épisodique, l'ordinaire ou le local, les « micro-processus » et les « micro-épisodes de l'action sociale» sont constitutifs des phénomènes macrosociaux, qui apparaissent pourtant impersonnels, comme des « descriptions résumées, hors contexte, normalisées et typifiées » (Cicourel, 2008). Comme j'ai essayé de le montrer dans les chapitres précédents, la nécessité de

prendre en compte certains de ces « micro-processus » et « micro-épisodes de l'action sociale » trouve plusieurs justifications. D'une part, elle tient à des enjeux théoriques, c'est-à-dire la volonté de développer une perspective réaliste de la maladie mentale à partir de son inscription dans l'expérience interpersonnelle. D'autre part, elle relève d'enjeux conjoncturels, liés au contexte historique de désinstitutionnalisation des patients, et donc de familialisation de la prise en charge de la vulnérabilité psychique. Ainsi, la problématisation psychiatrique repose souvent, dans le contexte actuel, sur un travail préalable à l'intervention des agences : Jeff Coulter (1979) soulignait en ce sens le fait que les professionnels psychiatriques sont rarement les premiers à étiqueter les individus comme « malades mentaux ». Ces deux types d'enjeux justifient le vif intérêt pour les micro-politiques du trouble. Ces dernières étant des segments situés et interpersonnels de la régulation de la question psychique, *constitutive des* autant que *constituée par* les politiques du trouble. Les formes de la régulation de la question psychique ne peuvent donc réellement être dessinées sans une analyse fine de ces processus micro-politiques, un processus qui couple en pratique, à la fois les conditions interpersonnelles et les facteurs structuraux (Ferraro, 1983).

Les sciences sociales, lorsqu'elles s'emparent des questions qui m'intéressent, tendent à se concentrer sur un des niveaux de la réalité sociale : les processus macrosociaux ou les micro-épisodes situés. L'histoire de la psychiatrie européenne par exemple est basée sur des concepts d'analyse centrés sur des évolutions sociales dont

les actants sont des groupes sociaux, des institutions et des entités collectives[146]. Ainsi, Phil Fennell (1986) a pointé un modèle historiographique très prégnant de l'histoire psychiatrique occidentale : le balancier entre le légalisme et le médicalisme[147] — comme si les formes de la régulation de la question psychique n'évoluaient qu'en vertu d'un rapport de force et d'influence entre ces entités opaques que sont le pouvoir psychiatrique et le pouvoir judiciaire.

À ce compte, l'histoire de la psychiatrie serait donc celle d'une oscillation entre le médicalisme (propriété médicale de la question psychique) et le légalisme (propriété judiciaire de la question psychique). En ce sens, lorsque Michel Van de Kerchove (1983) retrace l'histoire des évolutions historiques de la psychiatrie en Belgique, il le fait à partir de ce cadre d'analyse. De même, les travaux de Kathleen Jones (1998) reposent sur cette conception qui oppose le droit et la médecine dans une perspective en fin de compte très libérale, où le premier est conçu comme garde-fou contre le pouvoir médical. Les travaux de Clive Unsworth (1987) ou, dans une certaine mesure, de Terry Carney (1991) s'inscrivent de même dans ce modèle historiographique d'opposition entre le médicalisme et le légalisme. Malgré son succès, celui-ci porte le risque d'entretenir une certaine distance avec la *réalité empirique* des pratiques de prise en charge d'un trouble ainsi qu'une

[146] À quelques exceptions près cependant. Le travail de Benoit Majerus (2013) me semble être, en ce sens, une tentative relativement fructueuse de proposer de nouveaux cadres pour appréhender des processus socio-historiques d'échelles multiples.

[147] Voir aussi : Michael S. Moore (1984).

incapacité à prendre en compte l'ensemble des déviations au modèle. Certes, le médecin et le juge sont des protagonistes importants de ces pratiques, mais ils n'en sont pas les seuls, voire pas les principaux. En outre, les rapports entre droit et psychiatrie ne sont pas réductibles à l'idée d'une opposition entre la figure d'un juge représentant d'une rationalité strictement juridique et d'un psychiatre représentant d'une rationalité strictement médicale[148].

De même, lorsque Lydwine Verhaegen et Anne Wéry (1992) entendent approcher les politiques de santé mentale en Région bruxelloise, elles le font à partir d'une analyse de dimensions structurales : offre institutionnelle, cadres réglementaires et légaux, modalités de financement, etc. Les pratiques des acteurs, en situation, sont alors réduites — en tout cas, considérées comme pouvant être déduites — des « données globales relatives à l'offre, l'utilisation et les moyens financiers aux services psychiatriques » (p. 3). Pourtant, ce type d'« étude descriptive de l'offre hospitalière psychiatrique », aussi nécessaire soit-elle, permet difficilement de déduire ce que sont les pratiques réelles de prise en charge, d'accompagnement, de contrôle et de soin en matière psychiatrique, de même que l'identification d'une prééminence historique du pouvoir judiciaire ou médical ne permettait que partiellement de savoir *comment* la question psychique est administrée *en réalité*.

[148] Michael Lipsky (1980) a montré les marges d'interprétation et la dimension arbitraire de l'exécution des cadres prescriptifs et réglementaire par les « fonctionnaires subalternes » (*street-level bureaucrats*).

En ce sens, il importe donc de prendre en compte la question micro-politique. Il est également nécessaire d'en décrire les formes spécifiques et les enjeux propres, puisque ceux-ci sont constitutifs de la régulation de la question psychique. Ce chapitre sera le lieu de l'exploration, sur base de données variées, des dimensions centrales de ces micro-politiques du trouble qui ont lieu sur des scènes familiales. Il sera divisé en trois parties. Dans un premier temps, je montre la dimension « politique » du travail de problématisation psychiatrique, dès lors qu'il est inscrit dans des séquences communicationnelles et relationnelles, entre des sujets réflexifs. De ce fait, je montre comment, du point de vue sociologique, cette question ne peut être appréhendée que comme un accomplissement, relativement contingent, du travail conflictuel de problématisation et de remédiation de l'expérience négative. Enfin, j'enrichirai ce modèle grâce aux données empiriques récoltées au cours de mes campagnes d'entretien et d'observation des groupes de parole de proches, afin de développer les dimensions centrales liées aux dynamiques relationnelles de collusion, les luttes définitionnelles qu'elles supportent et la tendance naturelle de ces séquences de conflit interpersonnel à intégrer des tiers, informels puis officiels.

3.1. Une politique interpersonnelle

Jusqu'ici, j'ai proposé un modèle finalement assez peu interactif de l'administration du trouble, ne plaçant l'agentivité que du côté des autres, faits *victimes* du choc du trouble. Or, les micro-politiques du trouble n'impliquent pas un individu face à son environnement, elles impliquent

des personnes engagées dans des processus politiques. La dimension « politique » de la « micro-politique des troubles » provient du fait que les troubles envisagés sont interpersonnels. En effet, en matière psychopathologique, ce n'est pas l'individu biologique qui est le point de référence de la déviance, mais les relations et les organisations sociales (Goffman, 1973). Le modèle de la micro-politique des troubles repose donc sur l'idée de rapports interpersonnels entre des acteurs réflexifs et *a priori* compétents.

Il n'y aurait aucun sens à parler de « micro-politique du trouble » pour décrire le jeu des réponses et des interprétations successives d'un conducteur face à une panne automobile soudaine. Certes, ce dernier s'engagerait dans un processus d'« enquête » pratique, au bout duquel, pour peu qu'il ait quelques connaissances mécaniques, il devrait parvenir à identifier l'origine de la panne. Pourtant, une différence essentielle subsiste entre ce type d'enquête et celle que je qualifie de « micro-politique ». Le carburateur ou la courroie de transmission ne répondent *a priori* que de manière mécanique et, plus ou moins, prévisible aux stimulations et sollicitations du conducteur (tapotements, soupirs, commentaires désobligeants sur les garagistes, entreprise de démontage complète du moteur). Pour l'essentiel, le carburateur se fiche de savoir ce que le conducteur pense de lui, ce qu'il envisage de faire et le problème qu'il identifie. Si le problème vient du fait que le gicleur est bouché, un retour à la normale, c'est-à-dire la possibilité de reprendre la route, impliquera de déboucher le gicleur. Plusieurs techniques sont possibles certes, mais

leur efficacité relative tient à des déterminations strictement mécaniques, sauf à doter le carburateur d'une âme ou d'une conscience. De même, le fait que l'opération soit faite par le conducteur ou par l'opérateur d'une société d'assistance et de dépannage ne changera a priori pas le résultat. Enfin, que les protagonistes traitent le carburateur avec la plus grande déférence ou qu'ils l'injurient, lui et tous les carburateurs de son espèce, ne modifiera en rien l'issue objective des opérations. En ce sens, le genre « carburateur bouché » est « indifférent » à son application, dans le sens qu'Hacking (1991 ; 2007 ; 2008) donne à la notion.

À l'inverse, la catégorisation psychiatrique est sensible à son application concrète, puisqu'elle se donne des *objets* qui sont des sujets réflexifs : c'est ce que le philosophe canadien appelle l'« effet de boucle », qu'il situe au niveau de l'étude du rapport entre les genres et la réalité, mais dont on peut appliquer les conclusions aux cas particuliers du rapport entre la personne et les catégories qui lui sont appliquées. Il est un fait notable en l'espèce qui change la donne : le *cas* à problématiser est un sujet réflexif, très conscient des enjeux de sa catégorisation. À ce titre, les dimensions stigmatiques et pragmatiques des catégories de l'évaluation psychiatrique ne sont pas indifférentes au sujet — c'est-à-dire à l'individu psychiatrisable[149]. Celui-ci

[149] Pour être certain de se faire comprendre, prenons l'exemple, souvent cité dans la littérature (Kendler, 2009 ; Stone, 2012 ; Stone 2013 ; Micoulaud-Franchi *et al.*, 2015 ; Mason, Hsin, 2018), des catégories botaniques, dont la différence d'application avec les catégories psychiatriques devrait apparaître clairement : un épicéa, une fois caractérisée comme tel, ne s'insurge pas, n'en

accroche des espoirs et des réticences aux qualifications qui le concernent[150], pouvant concrètement s'y opposer, tenter de les orienter, retenir des indices ou à l'inverse en mettre certains en avant, négocier leur signification également.

La boucle de rétroaction est bien plus complexe dans le cas d'un trouble interpersonnel, qu'il s'agisse de l'une de ces multitudes d'expériences disruptives de la vie quotidienne ou de l'expérience plus conséquente de l'entrée dans la psychose d'un proche : la « partie troublée » ne peut pas ne pas tenir compte du fait que ses réponses et interprétations entraînent des réponses et interprétations de l'autre partie, qui ne sont ni mécaniques ni prévisibles. C'est en ce sens que l'on parlera ici de « micro-politique »[151], prenant au sérieux, et tentant de rendre justice, à l'échelle microsociologique des (inter) actions situées. C'est alors en ce sens que la micro-politique du trouble est micro-politique, parce qu'elle

tient pas compte, n'arrête pas d'être un épicéa, ni ne devient plus épicéa que jamais (dans une sorte de décompensation conifère). William James (2007) pour sa part, dans des réflexions assez proches, notait joliment : « nous découpons dans les cieux des groupes d'étoiles que nous appelons des constellations, et les étoiles nous laissent faire sans broncher, bien que si elles savaient ce que nous faisons, certaines seraient bien surprises de voir quelles compagnes on leur a donné » (pp. 265-266). Ce n'est bien bien entendu pas la même histoire pour la personne réputée malade mentale que pour les épicéas ou les astres composant la ceinture d'Orion.

150 De même d'ailleurs que ses autres, comme je le montrerai dans les chapitres 5 et 6.

151 Il ne s'agit alors pas ici de l'inscrire d'emblée dans des coordonnées du pouvoir et de la résistance, comme le font Gilles Deleuze et Félix Guattari (1980) par exemple. Il s'agit plutôt de faire le choix, plus modeste, de cerner la dimension politique des interactions d'administration d'un trouble, pour ensuite, éventuellement, voir ce qu'elles peuvent contenir de potentiels critiques.

relève de processus constants d'ajustement mutuel, d'actes de communication et de réactions adaptatives[152].

La « micro-politique des troubles » permet de rendre compte du travail, itératif et parfois de très long cours, de réaction (interprétative et pratique) à des expériences négatives dans le cours normal de la vie ordinaire. Autrement dit, comment, face à un trouble, c'est-à-dire face au « sentiment que quelque chose ne va pas », les personnes considèrent que « quelque chose doit être fait pour y remédier »[153] et déterminent ce *quelque chose qui doit être fait* (Emerson, 2015, p.1) ? Il s'agit de mettre en lumière les manières qu'ont les personnes de qualifier et de *remédier* 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.

Face à un trouble, une sensation de décalage avec *ce qui devrait normalement être*, les personnes déploient des procédés visant à dépasser la fracture du cours normal des choses et à *réparer* les situations sociales fracturées (Scott, Lyman, 1989). Ces procédés, je l'ai souligné, sont à la fois interprétatifs (définition de la situation) et pratiques

---

[152] À un niveau plus fondamental, ces processus sont le propres des interactions humaines, en vertu notamment de ce que Parsons (1967) a identifié comme la « double contingence de l'action sociale » : en raison de l'incapacité d'anticipation de l'action d'autrui, de l'indétermination a priori du cadre d'attentes réciproques et de l'importance des données situationnelles, l'action sociale est déterminée par une dépendance mutuelle des personnes qui interagissent.

[153] Ma trad. : « *a sense that something is wrong and, in many cases, that something should be done about it* ».

(actions de remédiation ou de contention), dans une relation de constitution mutuelle. Ainsi, la félicité d'une tentative de remédier au trouble va induire certaines interprétations, qui elles-mêmes établissent préférentiellement certaines solutions. Il s'agit là du cœur du travail de problématisation, au fondement de la micro-politique du trouble, c'est-à-dire la « consolidation » de problèmes vagues et diffus au moyen de catégories stabilisées et de formes identifiées de déviance (Emerson, Warren, 1983). Cette consolidation s'opère au fur et à mesure des ajustements correctifs, des tentatives de contention et des réinterprétations de ce qui se joue.

Ce n'est qu'à travers ce processus séquencé qu'émerge progressivement une problématisation psychiatrique. La micro-politique du trouble peut alors être caractérisée à partir de trois dimensions cruciales et liées dans les faits : (1) les dynamiques relationnelles d'alliance, d'exclusion et de collusion, au sein desquelles se joue (2) le travail interprétatif qui prend souvent la forme de luttes définitionnelles, ces dernières étant à la fois déterminantes et déterminées par (3) les réponses apportées au trouble pour tenter d'y remédier.

3.1.1. Collusion, surveillance et inférence

La micro-politique induit une bipartition des environnements sociaux au sein desquels le trouble émerge. La prise en charge opérée au sein du « milieu de vie » s'organise sous des formes micro-politiques de collusion et d'exclusion de la personne malade (Lemert, 1962 ; Emerson, 2006), au cours desquels les

manifestations de son comportement sont progressivement problématisées comme les signes d'une conduite déviante et, s'il y a lieu, constituées comme éléments dans l'interpellation d'un tiers officiel. L'expérience d'un trouble mène très rapidement à l'identification de deux parties : d'un côté la partie « fauteuse de trouble », de l'autre la partie « troublée ». Cette logique partitive s'amorce dans les tentatives de réponses au trouble et les luttes définitionnelles qui y sont attachées. En effet, le jeu des réponses pratiques et définitionnelles s'inscrit dans une configuration relationnelle particulière qui nécessite une exclusion progressive du fauteur de trouble, et une organisation, à tout le moins un alignement, des membres de la partie troublée. Comme le souligne Isaac Joseph (1996b), ce « processus d'exclusion » résulte en une « collusion » des autres qui s'allient (s'alignent) « pour protéger le malade mental de lui-même ou pour se protéger de lui ». Cette idée, centrale, constitue le cœur du modèle goffmanien, trop souvent critiqué, indûment, pour être individualiste (Posner, 1978), et permet donc de *sociologiser* le modèle deweyen de l'enquête, relativement *asocial* pour sa part (Ogien, 2007).

3.1.1.1. Coalitions et collusions

D'une manière générale, ce type de situation engage des dynamiques relationnelles marquées par une « entreprise collective avec de multiples parties agissant de concert par le biais de coalitions déguisées et de réseaux collusoires

pour contrôler un membre de la famille[154]» (Emerson, 2015, p. 81). La partition des environnements sociaux au sein desquels émerge un trouble qui appelle des pratiques de contrôle, de surveillance et de contention a une conséquence majeure dans la distribution des capacités agentives et du pouvoir entre les membres. On retrouve évidemment ici les conceptions foucaldiennes sur la surveillance ou le pouvoir psychiatrique, mais aussi, une notion centrale mise en avant par Goffman (1973) dans « la folie dans la place » : celle de la « collusion ». Par-là, le sociologue entend rendre compte d'une dynamique relationnelle, celle de la coalition entre les personnes affectées par les manifestations de la maladie, en vue d'opérer un « contrôle particulier : celui de la définition de la situation » (p. 352). En d'autres termes, autour du malade, les proches, et éventuellement certains professionnels, s'« alignent » (Joseph, 1996a), et organisent leurs pratiques, plus ou moins coordonnées[155], de surveillance, orientées vers le contrôle de son état, afin d'en prévenir les effets délétères.

3.1.1.2. Un cas de collusion : Jules et ses autres

Comment cela se passe-t-il en pratique ? On peut sans doute revenir à un cas d'étude développé dans la revue *Études digitales* sur base de l'analyse d'un corpus documentaire constitué lors de ma campagne de récolte

---

154 Ma trad. : « *collective enterprise with multiple parties acting in concert through disguised coalitions and collusive nets to control a family member.* »

155 À partir de l'analogie de la chasse, Dorothy Smith (1974) montre comment la focalisation commune sur un objet constitué en point d'attention a des effets de coordination de l'activité collective.

de donnée au sein du service de défense sociale du parquet de Bruxelles[156]. Celle-ci permet de montrer la constitution progressive d'une « faction familiale » en réaction aux débordements numériques de Jules Maassen, entre 2017 et 2022. Jules Maassen est un Bruxellois d'une cinquantaine d'années au moment des faits rapportés par les membres de sa famille. Sans emploi, il vit le plus souvent dans la maison de son père, avant puis après le décès de ce dernier. Ayant fait l'objet de plusieurs hospitalisations contraintes, un « dossier aliéné » est ouvert à son nom au parquet de Bruxelles. Celui-ci comprend de très nombreux éléments de correspondance et de requête produits par les personnes impactées par ses conduites, essentiellement ses frères et sœurs qui se plaignent en particulier de son activité sur les réseaux sociaux et la plateforme de messagerie électronique.

À partir du corpus documentaire dont je dispose, je peux montrer les dynamiques relationnelles de collusion entre les proches et les agences, au sein desquelles se déploie la problématisation du trouble, fondée en particulier sur la mise en commun d'informations et de manières spécifiques de leur donner sens. Il est en effet possible de retracer les modalités de constitution de ce réseau collusoire, consacré à la mise en commun des informations récoltées à propos du fauteur de trouble dans la famille afin, *a minima*,« de connaître le prochain

[156] L'article est intitulé « l'extension du domaine de la surveillance clinique : sur les traces de la maladie mentale dans les espaces numériques ». Voir : Printz (2023c)

mouvement du malade afin de le défaire » (Goffman, 1973, p. 352).

Les premiers éléments d'information récoltés sur les activités numériques de Jules Maassen sont tout d'abord reçus passivement, sous le mode d'une exposition non choisie à ses conduites. Ainsi, on notera par exemple l'alerte à la famille donnée en mai 2017 par le secrétariat de la paroisse dans laquelle officie le chanoine Edouard Maassen, le frère de Jules. Celle-ci a lieu après la réception d'un message émis depuis l'adresse électronique de ce dernier, au nom du premier :

> ------ Message transféré ------
> De : Jules <j.maassen@hotmail.com>
> Date : 21 mai 2017 à 21 : 06
> Objet : Abbé Edouard Maassen
> À : <eglisesaintpaul@gmail.com>
>
> Annonce de l Abbé Edouard Massen :
> Je cherche un jeune homme Amérindien pour tir à la fronde, tir à l arc, baignades,…
> Me contacter à mon domicile 24 avenue de la Couronne 1050, 24 Ixelles

En toute hypothèse, ce message a été transféré par son destinataire (le secrétariat de la paroisse saint Paul) à la famille Maassen, considérant son caractère incongru, et peut-être déjà son caractère signifiant et révélateur de quelque chose. La réception de ce message est sans doute génératrice d'un certain trouble dans la famille Maassen, discuté et élaboré progressivement comme un indice, parmi d'autres, d'une « nouvelle dégradation de [l'] état de santé [de Jules] ». Elle initie un travail d'enquête des frères

et sœurs qui découvrent, après contact avec « le Dr Julie Vande Putte qui a soigné dans le temps Jules » que celui-ci « n'a plus aucun suivi psychiatrique », et vient s'ajouter à d'autres faits et évènements significatifs (« menaces verbales », « problèmes financiers »).

Des membres de la famille et de l'entourage sont donc exposés à des communications écrites étranges, incongrues ou tout à fait menaçantes en provenance de Jules Maassen qui génèrent un certain trouble. Leur attention activée, elles les enregistrent et les transfèrent à d'autres membres de son entourage, s'enquérant auprès des autres de son état et de ses évolutions. Dès ce moment, la dynamique de collusion s'engage à travers ces « diverses connexions » qui s'établissent entre cette « multitude d'éléments surveillants » (Castagnino, 2018).

Peu à peu, une attitude plus proactive se met en place, impliquant une activité consciente et coopérative de récolte d'informations sur les conduites de Jules, en vue de contrôler son état de santé mentale. Carole Maassen, sa sœur, joue un rôle déterminant dans la coordination des activités de surveillance et l'échange des communications collusoires, notamment en raison de ses contacts avec des agences officielles. Prenant la mesure du trouble et de son débordement[157], elle-même exposée à une série de

[157] Le débordement définit la tendance de certains troubles, identifiée par Goffman (1973), d'expansion progressive vers des cercles sociaux toujours plus larges et extérieurs, épuisant peu à peu les ressources matérielles et émotionnelles de son milieu d'émergence directe (le domicile, la sphère familiale restreinte). Bien qu'il envisage la possibilité d'un débordement téléphonique (v. Rettie, 2009), le sociologue situait principalement ce

messages de la part de son frère, elle adresse un message commun à un ensemble de personnes potentiellement affectées, ou spectatrices, des manifestations de la folie numérique de son frère. Elle enjoint ces dernières à lui communiquer tout élément pertinent afin de « saisir le Procureur du Roi de Bruxelles » à travers un mot d'ordre simple et explicite : « aidez-nous à faire soigner notre frère Jules Maassen ». Un des messages disponibles, adressé à l'avocat responsable de l'administration des biens de Jules, permet de se faire une idée de la nature des traces recherchées : Carole y demande à l'administrateur de lui adresser d'éventuels « messages ou images malveillants» reçus. De multiples informations sont donc reçues dans cette seconde séquence, envoyées de manière moins spontanée, mais montrant une certaine structuration ou organisation du réseau. On retrouve alors la configuration typique du réseau collusoire selon Goffman,

> La famille se met à resserrer ainsi qu'à étendre son réseau collusoire. Elle enregistre certains appels téléphoniques du malade, ouvre et lit certaines de ses lettres. Elle recueille secrètement ses déclarations et en dévoile les incongruités. Elle fait part de son expérience du malade à un cercle toujours plus large, afin d'extraire et de confirmer les régularités de l'inconvenance. (Goffman, 1973, p. 352)

Son appel est un succès, puisqu'elle reçoit de multiples réponses de personnes lui envoyant des captures d'écran,

---

processus dans des conditions sociales marquées par la coprésence physique. Néanmoins, la numérisation des supports de sociabilité et des moyens de communication offre un nouveau terrain à ces dynamiques de débordement, ainsi que de nouvelles opportunités d'exercice de la surveillance clinique. Je reviens sur ces questions dans le chapitre 6.

lui transférant des mails ou lui faisant des rapports des conduites de Jules. Ces différents éléments sont accompagnés d'éléments de contextualisation, ainsi que de message réaffirmant les objectifs de ce travail de surveillance : « espérons que le médecin arrivera à le voir… sous son vrai jour » ou « je désire partager [mes sérieux doutes sur sa santé mentale] afin qu'il puisse être aidé de la meilleure manière ». Ceux-ci sont compilés par Carole M. dans le dossier de requête, on peut néanmoins considérer qu'ils ont également servi, dans le décours de la séquence de débordement à tracer les activités de Jules, sans le lui dire, à mesurer l'ampleur des manifestations du trouble, à en définir la dimension problématique, et *in fine* à considérer l'urgence d'une intervention tierce.

C'est au sein de cette collusion que se consolide peu à peu la définition d'une expérience diffuse — étalée temporellement, diluée socialement — comme un problème, ici psychopathologique, comptable au bout du compte d'une intervention tierce. Le trouble se consolide dans la récurrence, qu'elle soit temporelle ou due à la multiplication des personnes affectées, et la mise en commun des informations. La récurrence permet la consolidation du trouble, et sa problématisation progressive. La récolte (plus ou moins) collective d'un ensemble d'informations, inscrite dans cet agencement collusoire, permet d'inférer une certaine hypothèse définitionnelle. Celle-ci se trouvera consolidée par le fait qu'elle est partagée par un plus grand nombre de personnes. La consolidation définitionnelle du trouble est insérée dans un rapport oppositif de force, qui implique

au moins deux « factions », la personne fauteuse de trouble et ses autres.

L'hypothèse psychopathologique, c'est-à-dire l'inférence, est donc liée à l'agencement collusoire, quand les personnes s'alignent et alignent leur définition de la situation. Ainsi, dans le cas de Jules Maassen, le fait que plus d'une dizaine de personnes s'accordent sur une définition plus ou moins similaire de ce qui se joue (Jules Maassen est malade mental, ses conduites sont des symptômes psychiatriques) renforce bien sûr celle-ci. Les chances pour Jules d'opposer d'autres interprétations de la situation en sont dès lors diminuées. Il convient de noter que l'opération d'implication normative est aussi déterminée par l'état et la taille des factions. L'imputation d'une responsabilité de faire quelque chose aura bien entendu plus de force si elle est soutenue par une plus grande coalition (ici, la grandeur peut être quantitative ou liée à des dimensions de statut et de prestige).

3.1.2. Faire quelque chose pour défaire le trouble : l'échelonnement des réponses et des interprétations

On l'a vu, la question de la maladie mentale peut être appréhendée en sociologie à partir de la dialectique entre le « ravage » (*havoc*), et les tentatives de sa « contention » (*containment*) (Hancock, Garner, 2021). Le trouble ébranle l'ordre sur les scènes familiales et accroche le cours de l'ordinaire, forçant les autres de la personne qui en est à l'origine à entreprendre des actions afin d'en minimiser les

effets[158]. Ainsi, cet ex-compagnon exprime d'une manière on ne peut plus explicite la dimension destructrice du trouble :

> Le trouble détruit énormément. […] Ça allait encore parce que je peux assumer ce genre de choses […] Des gens qui ne sont pas formés à affronter ce genre de choses, c'est destructeur. Et des gens qui ne sont pas informés ou qui ne s'informent pas eux-mêmes, c'est destructeur aussi.

Il décrit dans le décours de l'entretien ce « phénomène […] chaotique, qui surgit dans la vie » et qu'il ne sait « comment gérer ». C'est ce qui appelle les personnes impactées par les manifestations destructrices du trouble à s'engager dans des tentatives de le contenir, d'en minimiser les effets délétères. Les formes du trouble sont difficilement rapportables dans nos entretiens, en raison des dimensions reconstructives dont j'ai rendu compte dans l'introduction de cette thèse. Il sera en revanche possible d'en faire le tableau dans le sixième chapitre à partir de l'analyse des requêtes d'hospitalisation contrainte, lorsque les autres du malade demandent une intervention tierce pour un trouble dont la définition problématique n'est souvent pas encore stabilisée. Il est néanmoins possible ici de montrer l'échelonnement des réponses apportées au trouble.

3.1.2.1. Échelonnement des réponses et des interprétations

[158] En vérité, en tout premier lieu, à déterminer le fait qu'elle en est à l'origine, c'est-à-dire à considérer le trouble comme étant imputable à une déviance personnelle plutôt qu'à un conflit interpersonnel.

Il apparaît que les solutions apportées à un trouble, corrélées à sa définition, 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 séquencées d'une manière typique, allant de réponses indigènes aux relations, reposant sur des ressources interpersonnelles, vers des réponses extrinsèques qui font appel à des tiers informels et, en fin de compte et le cas échéant, des tiers officiels. L'enchaînement des réponses au trouble suit donc en général un modèle séquencé de transition de réponses plus douces et négociées vers des solutions extrêmes et distanciées (*distancing and extreme responses*) (Emerson, 2009). Puisque les troubles sont saisis à partir d'une « conscience relationnelle », étant inscrits dans des relations d'interconnaissance forte, de familiarité et marqués par une charge affective, le recours aux solutions est également inscrit dans un souci de « préserver ou réparer la relation en cours[159] » (Emerson, 2008, p. 510). De telle sorte qu'une solution de dernier recours comme celle reposant sur « la décision d'éloigner ou d'hospitaliser un membre du ménage […] ne va pas sans difficulté dans la mesure où elle affecte la place de chacun au sein de la famille » (Blum *et al.*, 2015, p. 74).

[159] Ma trad. : « *in ways that preserve or fix the ongoing relationship* »

Ces tentatives s'échelonnent donc généralement sur un schéma typique de progression, débutant d'ordinaire par des réponses négociées, insérées dans les coordonnées relationnelles entre membres, puis se déportent, lorsqu'elles ne sont pas suffisantes, vers des réponses plus marquées par une configuration relationnelle polarisée et asymétrique, qui induisent des interprétations à partir de l'hypothèse d'une déviance, c'est-à-dire d'un état de la personne fauteuse de trouble plutôt que d'une dispute ou d'un conflit[160].

Dans un premier temps, le trouble, puisqu'il s'inscrit dans des coordonnées interpersonnelles et relationnelles, tend à appeler des réponses plus négociées. *A priori*, les manières de l'administrer sur les scènes familiales reposent initialement sur ce qu'Emerson (2015) qualifie de réponses « intrinsèques » ou « indigènes ». Les personnes mobilisent des ressources intrinsèques à la relation pour essayer de parvenir à minimiser ses effets délétères ou sa persistance dans le temps. Il faut bien voir à quel point la forme des réponses pratiques et le « travail interprétatif» des personnes sont liés, et même consubstantiels. Une interprétation particulière des troubles induit certains types de réponses, et la félicité ou non de ces réponses nécessite des ajustements interprétatifs. Or, dans un premier temps, le trouble qui émerge sur les scènes familiales tend à être plutôt perçu comme relevant de

[160] Ce passage est notamment marqué dans les entretiens par l'usage progressivement dominant de verbe d'état, au dépend des verbes d'action. Ainsi, la personne fauteuse de trouble, à mesure qu'elle devient malade mentale est de plus en plus caractérisée par des catégories portant sur sa personne plutôt que sur ses actions.

conduites intentionnelles de la personne fauteuse de trouble, qui sont donc comptables de réponses informelles, d'abord unilatérales et non conflictuelles ou négociées, puis, le cas échéant, oppositives et conflictuelles.

3.1.2.2. Sensations diffuses et premières hypothèses

L'idée d'un *quelque chose* qui ne va pas, d'une rupture de ce qui devrait normalement se passer est souvent rattachée à des évènements diffus, peu clairs et délimités. Les autres du malade tendent à rapporter des sensations diffuses, d'ordre parfois mineur. Ainsi, cette reconstruction narrative par l'ex-femme d'une personne qu'elle décrit comme ayant des problèmes de toxicomanie et un comportement qui « relève de la folie ou de quelque chose de psychiatrique », sans cependant avoir eu de diagnostic médical au jour de notre entretien. Voici comment elle identifie les signes avant-coureurs, avant que la cohabitation durant le confinement ne précipite « le début de la fin » :

> Je dirais que… ben dès le début, je sentais bien qu'il y avait… il avait… il avait une personnalité un petit peu… un petit peu dépressif je vais dire. Je crois que c'est le premier mot que je peux utiliser… euh… avec des hauts et des bas, un petit peu cyclique… Mais voilà, on s'entendait bien, on… on… on… on avait… on vivait bien ensemble, on avait des projets communs… on avait beaucoup de choses en commun au niveau des hobbies, des choses comme ça, et puis euh… ben le désir d'enfant

On le voit bien, rien de très précis ne constitue le trouble ressenti dans la relation, encore moins ne permet d'élaborer un problème psychiatrique. Cela tient de toute évidence au caractère peu franc des troubles évoqués, et tout à fait *normalisé* dans notre société. Le fait d'être « un petit peu dépressif », d'« avoir des hauts et des bas » ou d'être « un petit peu cyclique » ne constitue pas une alerte suffisante pour s'inquiéter, cela d'autant plus quand par ailleurs, on « s'entend bien », qu'on a « beaucoup de choses en commun » et qu'on porte des projets ensemble. Il est en revanche intéressant de noter que même lorsque la vie familiale devient plus troublée, lorsque les conduites du fauteur de troubles en viennent à être « très problématiques » et « potentiellement dangereuses », l'idée psychiatrique ne constitue pas tout de suite la première chose qui vient. Il s'agit en effet de continuer à considérer le caractère transitoire et temporaire du trouble, ce que ne permet a priori pas l'hypothèse psychiatrique qui engage l'identité de la personne fauteuse de trouble, pour un temps relativement long.

Dans un premier temps, le trouble est rarement inscrit sur un arrière-plan moral, encore moins médical. Ce n'est que face à une certaine constance ou une répétition des offenses, et donc du trouble, que les cadrages moraux, puis médicaux peuvent émerger — lorsque ce ne sont pas d'autres cadres d'intelligibilité et d'intervention qui sont mobilisés (religieux par exemple). L'expérience initiale du trouble est donc d'abord « sensorielle », c'est-à-dire qu'elle se manifeste comme une sensation ou une impression que *quelque chose ne va pas* (Emerson, 2015). Lorsque cette

sensation se maintient dans le temps, parce que le trouble se maintient malgré les réponses qui y sont apportées, d'autres cadrages sont opérés, qui impliquent d'autres définitions de la situation, du trouble et de l'identité des personnes impliquées. Peu à peu, les personnes s'engagent dans un « travail moral » (*moral work*) qui associe les conduites à des modèles d'intelligibilité responsabilisants et articulés aux normes centrales dans la société (Drew, 1998). On retrouve ici, une fois de plus, une intuition goffmanienne. Le sociologue, dans la « folie dans la place », soulignait en effet la temporalité longue de la symptomatisation psychiatrique des conduites déviantes :

> La première fois que l'acte qui sera perçu comme un symptôme mental est accompli par celui qui sera vu comme un malade mental, cet acte n'est pas pris pour le signe d'une maladie, mais plutôt pour une déviation des normes sociales, autrement dit, pour une infraction aux règles et aux attentes de la société. La perception qui reconstitue une offense ou une infraction en un symptôme médical amoral est souvent très tardive, instable et diversement éprouvée selon qu'elle est due au malade, aux offensés ou à un personnel psychiatrique professionnel. (Goffman, 1973, p. 322)

Ce sont notamment des interprétations justificatives, qui permettent de réparer l'offense que constitue le trouble[161] ou de le rendre (à nouveau) intelligible. Elles constituent

[161] Stanford M. Lyman et Marvin B. Scott (1989) distingue deux manières de rendre compte de telles expériences : la justification et l'excuse. Celles-ci sont celles que Goffman (1973) identifiait comme des modes de réparation de l'offense, ajoutant la prière, mais qui, n'étant pas rétrospective, n'est pas pertinente en l'espèce.

des manières pour « un acteur social d'expliquer un comportement imprévu ou fâcheux, qu'il s'agisse de son propre comportement ou de celui d'autres personnes[162] » (Lyman, Scott, 1989, p. 112). Ainsi, voici les différentes interprétations, successives ou simultanées, qui permettent de rendre compte du trouble à ce moment-là : « je croyais qu'il avait juste des troubles du sommeil, des troubles un peu limite psy, dépression liée au COVID, des troubles liés au fait qu'il y ait un deuxième bébé dans la maison, arrêt tabagique donc nervosité… »

3.1.2.3. Ajustements et réponses bilatérales

À partir de là, s'engagent des réponses qu'Emerson (2015) qualifie de « bilatérales » parce qu'elles sont ancrées dans une conception symétrique des relations, fondée sur l'idée que la personne fauteuse de trouble reste en possession d'elle-même. Avant même d'avoir à définir le type de déviance concerné, il convient dans un premier temps de répondre à la question de savoir si on a affaire à une personne déviante (ou si on est face à un trouble interpersonnel lié à un conflit ou une dispute). Le trouble n'est pas encore inscrit dans une forme particulière de déviance puisqu'il est interprété à partir d'une hypothèse de responsabilité individuelle de la personne fauteuse de

[162] Ma trad. : « *a social actor to explain unanticipated or untoward behavior- whether that behavior is his or her own or that of others* ».

trouble, s'insérant donc plus facilement dans le modèle du conflit que celui de la déviance[163].

Le conflit et la déviance constituent deux formes de socialité profondément divergentes puisque la première sous-tend l'idée d'une égalité de principe entre les parties lorsque la seconde repose précisément sur sa réfutation. La micro-politique du trouble, par le jeu des réponses et des interprétations, peut résulter en un déplacement de la première forme vers la seconde. Ainsi, notre entretien se poursuit sur le rapport des formes de négociation, voire de contractualisation, des modalités de fonctionnement au sein de la famille :

> On s'est mis d'accord donc je pense que lui sentait qu'il n'était pas adéquat avec les enfants, et donc quand je lui disais « tu touches plus aux enfants la nuit ! », il était d'accord avec ça. Il sentait que ça pouvait déraper.

Elle explique ensuite : « en trouvant de nouveau tous ces ajustements, on est devenu presque une famille parfaite ». En effet, malgré certains « petits dérapages », la famille semble trouver des manières de fonctionner, de manière momentanée toutefois.

> En fait il y a eu tellement de petits dérapages… Timéo s'endort et puis je monte et je le vois en train de secouer Timéo qui a trois mois, légèrement hein, mais trop ! Ou, il dormait et je monte, et je vois Patrick qui n'a pas une tête

[163] Sur cette articulation entre les modèles de compréhension du trouble selon qu'ils postulent une relation symétrique (conflit, dispute) ou asymétrique (déviance, anormalité), tels qu'ils sont mobilisés par des observateurs, on se référera notamment à l'article de Luc Boltanski (1984) sur la « dénonciation ».

> comme il faut… mais lui me dit que c'est parce qu'il est… en fait, il me disait qu'il était somnambule en fait ! Donc, à un moment, oui on s'est mis d'accord, j'ai dit « Patrick, tu ne gères pas le sommeil… la nuit tu ne gères pas les enfants, c'est trop compliqué pour toi. Donc on est d'accord, tu touches plus aux enfants quand ils y dorment », et il me fait « OK ! ». Ça l'arrangeait bien ! Il acceptait. On était d'accord !

3.1.2.4. Persistance du trouble et hypothèse de maladie mentale

Cela ne semble cependant fonctionner qu'un temps, la scène familiale devenant le lieu de « dérapages » plus francs, qui la mènent à revoir progressivement les manières d'interpréter le trouble. Le père de ses enfants en vient à ne clairement plus adopter les conduites qui conviennent au cadre familial, et à en menacer l'ordre[164].

> Et là, il y a eu des dérapages […]… Donc les dérapages c'est… c'est un jour à minuit, il s'est réveillé, et j'ai entendu les enfants hurler, il était en train de réveiller Clémentine qui dormait en disant « C'est le moment d'aller à l'école ! Réveille-toi ! » et en la secouant.

Ici, la menace étant liée à la dangerosité, elle constitue évidemment un cas très franc de déstructuration de l'ordre familial : la place de père n'est plus tenue, de telle façon que celle de mère ou d'enfant ne peut plus l'être non plus.

[164] L'ordre familial, c'est une certaine manière, socialement stabilisée, de concevoir les places et les formes d'association entre membres. Le rapport parent-enfant et le rapport parent-parent semblent en constituer les constituants majeurs.

Elle poursuit en évoquant quelques épisodes « limites » pendant les vacances de la famille :

> Avec Clémentine, il a été horrible ! Il s'est énervé une fois dans la douche, il a tapé un essui par terre, mais tellement fort qu'elle a hurlé de peur ! Donc c'était juste un essui, ce n'était rien, mais c'était tellement violent ! […] Les quelques fois où Clémentine criait un peu trop, il la tirait un peu trop fort par le bras, elle s'est éraflé les doigts sur la porte. Il y a eu des fois des crises, dans la rue… Elle faisait une crise et il partait devant sans la surveiller, alors qu'il y avait des voitures qui arrivaient et que Clémentine voulait traverser la rue parce que j'étais sur le balcon ! Donc il y a eu… ça, ça a été des moments limite […] ça a été une angoisse ! Énorme ! Et une impuissance de ne pas savoir quoi faire ! Qu'est-ce que je pouvais faire ? Et donc chaque fois, il… genre qu'il y avait un mouvement comme ça pour moi, violent… ou insécuritaire, je ne sais pas quel mot utiliser… je devais lui parler direct et il était toujours dans le déni « hé ho, c'est bon ! », « hé oh, je n'ai rien fait ! », « mais non, il n'y a pas eu de voiture, elle ne s'est pas fait écraser ! », « mais non ! »… Et donc, après j'essayais de réexpliquer les choses « tu ne peux pas ne pas donner la main à un enfant sur le trottoir, et surtout si elle fait une crise… » et alors, après il revenait un peu gentiment puis il repartait quoi ! La folie quoi ! Pour moi, c'est la folie ! Il n'y a pas que le produit ! Le produit, ça réveille des choses, mais… voilà, c'était la folie quoi !

Les présuppositions de la personne sur elle-même sont perçues comme non recevables, mais sans que cela soit directement rattaché à une hypothèse de psychopathologie. L'hypothèse de la « folie » constitue une rationalisation a posteriori, induite par la connaissance des évènements ultérieurs : découverte d'une addiction toxicologique, séparation conjugale, rencontre

d'intervenants psychosociaux, participation à un groupe de parole de proches de personnes atteintes de troubles mentaux. Elle réfère à ce que je soulignais dans l'introduction à propos du risque de reconstruction rétrospective des comptes-rendus de proche. Néanmoins, il est très intéressant de voir que cette hypothèse émerge, dans le discours, mais, supposons-le, dans le décours des évènements, après des tentatives de réponses plus symétriques. C'est en effet parce qu'elle se confronte à quelqu'un dans le « déni », à la suite de la tentative de lui « parler » de ces « moments limites », qu'elle peut juger que ces conduites relevaient de la « folie ».

La consolidation progressive de cette définition de la situation prend la forme oppositive de factions que j'ai décrite *supra*. En effet, une série de personnes s'échangent des informations et coordonnent leur définition de la situation. Ainsi, elle explique que sa sœur et sa mère partagent son avis. En un sens, on pourrait également considérer que les deux enfants font partie de la collusion, étant impactés par les manifestations, partageant leur expérience de la situation, participant à la qualifier et se tenant *in fine* du côté de la faction maternelle.

Une série de faits établis. Ceux-ci n'indiquent cependant pas encore une forme de déviance psychique. Pour cela, un travail d'organisation, de configuration et de problématisation des divers éléments factuels récoltés et produits est nécessaire. Cette nécessité d'une organisation tient d'autant plus à l'absence d'univocité et au caractère contextuel du symptôme en psychiatrie. La transformation d'un trouble en une forme

psychopathologique repose en effet sur l'appréhension d'une série de manifestations, dont le caractère signifiant est comptable d'un travail interprétatif.

Quel type de raisonnement permet d'arriver à la conclusion que « x souffre d'une maladie mentale » ? En toute hypothèse, il s'agit d'un raisonnement de type abductif, ou *indiciaire*, c'est-à-dire d'une conjecture[165]. L'identification d'un problème psychique, à l'inverse d'un problème somatique par exemple, ne peut en effet reposer sur une relation objective entre des faits et une qualification. Elle est d'ordre conjectural, puisqu'elle est le résultat d'un travail interprétatif toujours faillible, étant le résultat d'une « opération pragmatique qui procède de la rencontre entre un fait expérientiel et une grille d'interprétation estimée adéquate » (Klinkenberg, 2015, p. 12). Cette grille d'interprétation est relativement accessible, largement distribuée dans le sens commun, comme y insistent Coulter (1979) et Wakefield (2006). Elle est cependant en concurrence avec d'autres.

[165] Il n'est sans doute pas utile de faire une présentation exhaustive et systématique de ces modes de raisonnement, d'en exposer les formes particulières et les sous-spécifications, ni d'en retracer l'histoire. On s'en tiendra ici aux dimensions utiles pour l'analyse de nos données empiriques. À fin d'approfondissement théorique, on se référera à l'ouvrage dirigé par Eco et Sebeok (2015) qui articule de manière très stimulante l'analyse théorique de ces questions au modèle littéraire de l'enquête policière, à travers la figure de Sherlock Holmes. On trouvera encore quelques éléments intéressants à ce sujet dans la préface de Marcus (1987) au recueil de nouvelles de Dashiell Hammett publié sous le titre *Le dixième indice et autres enquêtes du Continental Op*. Le célèbre article de Ginzburg (1980) sur la *naissance du paradigme indiciaire*, dont une version remaniée est d'ailleurs intégrée à cet ouvrage, ouvrira aussi quelques perspectives utiles.

Ce type de raisonnement est structurellement faillible et fragile. En effet, du point de vue de la logique même, « la valeur de vérité de la conclusion abductive n'est normalement pas déterminée par la validité des prémisses » (Bonfantini, Proni, 2015, p. 152). Eco (2005) rapporte en ce sens l'histoire de Marco Polo qui, à son arrivée sur l'île de Sumatra, voit un animal quadrupède, unicorne et herbivore. Il est alors assez déçu de constater que les licornes sont bien moins avenantes et gracieuses qu'on ne le pense en Europe — en toute vraisemblance, il venait de croiser un rhinocéros indien ! On voit comme sur base de prémices valides, on peut inférer une conclusion fausse, et produire des catégorisations tout à fait à côté de la réalité. La valeur sémiotique des données factuelles de l'expérience n'est qu'hypothétique, elle peut donc être erronée, en raison même de la structure logique du raisonnement conjectural.

Pour bien comprendre cela, il importe selon moi de (re)faire un détour par la théorie goffmanienne. Selon le sociologue canadien, les manifestations de la *folie* ne sont pas d'ordre biologique, mais social, perceptibles à partir d'une transgression de l'ordre conventionnel et non de l'ordre *médical* des choses[166]. Les signes qui *indiquent* la

[166] Voir cependant la critique de Sedgwick (2015) sur la distinction goffmanienne entre les problèmes somatiques et les problèmes psychopathologiques, au nom du fait que les premiers se manifesteraient dans l'ordre biologique quand les seconds se manifesteraient dans l'ordre social et conventionnel. Pour lui, cette manière de concevoir la spécificité des troubles psychiques constitue une porte d'entrée magistrale à un constructivisme délétère sur le plan politique, initiateur de l'affinité entre ce qu'il qualifie de mouvements antipsychiatriques et la montée en puissance

maladie mentale sont de l'ordre de ce que le sociologue appelle des « impropriétés situationnelles » ou des « offenses », qui se manifestent dans l'ordre de l'interaction. L'étiquette psychiatrique agit alors comme un principe de liaison entre de différentes assertions autrement incompatibles entre elles. Sans ces raisons qui permettraient de stabiliser l'interprétation de ce qui se joue/s'est joué, les personnes sont contraintes d'engager des « schémas réinterprétatifs » dont le diagnostic est un exemple paradigmatique. À propos de la félicité des actes de langages, mais le modèle fonctionne pour l'ensemble des conduites, me semble-t-il, il note :

> [s'] il arrive que le contenu « littéral » (locutionnaire) d'une énonciation ne fasse aucun sens dans le contexte, et les accordages conventionnels non plus, alors une relecture

---

des politiques néolibérales, résultant *in fine* en l'abandon des malades à des mécanismes privés et marchands de prise en charge. Dans *Psycho Politics*, il fait de Goffman, sans doute un peu injustement, l'un des précurseur de cette perspective antipsychiatrique. Comme je l'ai déjà évoqué, Goffman ne peut être accusé, en tout cas dans la seconde partie de son œuvre sur la folie, à partir de *The Insanity of Place*, de développer une conception *non réaliste* ou *anti-matérielle* de ces questions, le « ravage » constituant, je l'ai maintes fois souligné, le cœur de sa perspective. Il est par contre certain qu'en bon sociologue, il réfute les modes d'explication médicale ou biologique pour situer le fait de la maladie mentale dans l'ébranlement des conditions écologiques qu'elle fait peser sur son milieu social d'émergence. La perspective de Goffman peut alors plutôt être rapprochée de celle de l'ironie sociologique, telle que définie par Gusfield (2009), au pire d'une posture sociologiste assumée, plutôt que de l'antipsychiatrie au sens strict. Becker (2014) a bien montré le rejet spontané que pouvait provoquer ce genre de déplacement du régime d'intelligibilité de certains phénomènes sociaux, depuis leur cadre *naturel* et stabilisé d'intelligibilité, vers une posture sociologique. Je mettrai donc cette critique de Goffman par Sedgwick au compte d'une incompréhension de ce que peut nécessiter l'établissement d'une véritable posture sociologique, laissant hors de son domaine des considérations prégnantes du sens commun, qu'elles soient en l'occurrence médicales ou morales.

> draconienne devient nécessaire, à savoir que le locuteur est temporairement incompétent, ou, à défaut de preuves en ce sens, qu'il est dérangé. (Goffman, 1986, p. 95)

La symptomatisation des conduites déviantes non réparées permet alors de les rendre à nouveau intelligibles à l'observateur par leur intégration dans un cadre psychopathologique. Or, cette « relecture draconienne », opération sémiotique de transformation d'une donnée de l'expérience en *indice*, cette « tentative de dernière extrémité » (Goffman, 1973), peut être empêchée. Pour l'essentiel, les échanges sociaux sont d'ailleurs marqués par des accrocs dans l'ordre de l'interaction et son système d'attentes légitimes, suivis immédiatement d'opérations de l'offenseur empêchant cette « relecture draconienne ». Ces opérations sont de l'ordre de ce que Goffman appelle les « échanges réparateurs ». L'étiquette psychiatrique peut être considérée comme émergeant au sein d'interactions dans lesquelles un des membres, malgré ses offenses, est incapable de s'engager dans de tels échanges réparateurs.

Goffman (*Id.*) distingue trois procédés qui visent à atténuer la responsabilité morale de l'offenseur : l'excuse, la justification et la prière. Prenons une offense, excessive pour plus de facilité : *lors du pot de départ de Martine, au milieu d'une conversation, François jette une bière au visage de Paul*. Il est peu de contexte où le jet de bière au visage ne constitue pas une offense. Exception faite de certains milieux festifs étudiants, je n'en vois pas. François a donc commis une offense, dont le caractère soudain et inexplicable constitue un excellent support pour une interprétation psychiatrique. Pourtant, trois manières de réparer cette

offense, et donc d'éviter cette lecture *psychiatrisante* de son comportement, existent. L'excuse repose sur une capacité de l'offenseur à réaffirmer son adhésion à la norme transgressée, en instaurant une rupture dans la ligne de continuité biographique[167]. Formellement, par l'excuse, l'offenseur montre qu'il n'est précisément plus cette personne qui a commis l'offense, et donc qu'il fait partie de la *communauté normative*. S'excuser c'est reconnaître le caractère offensant de l'offense, et dire : *je suis désolé, j'ai dérapé, mais je ne suis plus cette personne qui a jeté un verre au visage de Paul*. La justification repose sur une autre manière de réparer l'offense, par la démonstration de son caractère de nécessité ou de normalité, eu égard au contexte. Il s'agit en l'occurrence de dire : *j'ai dérapé, j'en conviens, mais j'étais ivre* ou, *mais il m'avait provoqué* ou, *mais je trouvais ça comique*. Enfin, la prière repose sur une anticipation de l'offense à venir. Il s'agit de demander aux *autres* une autorisation spéciale pour transgresser l'ordre normatif de l'interaction. Il s'agit alors de ce type de discours : *ce soir, c'est le pot de départ de Martine, on va faire les fous, je vous préviens, je vais*

[167] C'est notamment ce qui explique le lien souvent fait, en matière pénale, entre la capacité à reconnaître son *crime* et la libération. En ce sens, on pourrait dire qu'une personne réputée malade mentale qui s'excuse *correctionnalise* ses actes, les soumettant à une autre forme d'interprétation, celle de la faute plutôt que celle du dérangement mental. On peut noter le mouvement inverse de psychiatrisation des actes délictueux, qui explique le nombre des *oubliés de la défense sociale* en Belgique. Ainsi, Carol A. B. Warren et Sheldon L. Messinger (1988) notaient dans le sens de cette comparaison : « comme les prisonniers […] les malades mentaux ne sont considérés comme prêts à être réhabilités ou soignés qu'à partir du moment où ils abandonnent les histoires de neutralisation et où ils situent la cause de leur comportement directement à l'intérieur d'eux-mêmes. » (p. 171). Ma trad. : « *like prisonners […] mental patients are only considered ready for rehabilitation or cure from the point at which they abandon tales of neutralization and locate the cause of behavior squarely within the self* ».

déraper. Ces trois procédés modifient la valeur référentielle du fait *incriminé*, menaçant donc le raisonnement conjectural. La réparation constitue, dans le cadre que je me suis donné, une forme de déplacement sémiotique : le fait, qui était considéré comme la manifestation d'une maladie mentale, est réinterprété, comme une faute, nécessaire, pardonnable ou éventuellement préalablement annoncée.

3.2. Luttes définitionnelles : opportunité et légitimité des solutions

L'un des enjeux centraux de la micro-politique des troubles réside dans le travail de définition opéré par les différentes personnes confrontées au trouble. La définition de la situation troublée (ce qui se joue et les identités des personnes impliquées) est à la fois la condition et le résultat des actions correctives entreprises pour limiter les effets de déstructuration du trouble. En effet, comme Samuel Lézé (2008) notait de manière assez synthétique, « *définir* le trouble revient ensuite à *tester* une solution thérapeutique : pour agir sur le "mal-être", il faut en connaître le sens » (p. 72). Les réponses apportées au trouble dépendent donc largement des manières de concevoir *ce qu'il se passe*, tant du point de vue de l'opportunité que de celui de la légitimité de l'action à entreprendre.

Par « opportunité », j'entends l'adéquation entre le problème identifié (la définition) et les réponses à apporter : un exorcisme, une psychothérapie ou un *relooking* ne sont pas des réponses opportunes dans les

mêmes cas de figure. L'opportunité dépend évidemment du développement des conditions techniques et scientifiques d'une société, autant que des conceptions des problèmes, de la capacité et de l'obligation sociale d'intervenir sur eux[168].

Par « légitimité », je veux en revanche signifier la reconnaissance du *droit*, qu'il soit moral ou légal, à user d'une solution particulière, lorsqu'elle est jugée opportune. Ainsi, la thérapie de conversion est une solution reconnue comme très illégitime, et même dorénavant répréhensible du point de vue légal, face au *trouble* que peut constituer le questionnement relatif à l'orientation sexuelle. Cela n'a pourtant pas toujours été le cas, et cela ne l'est toujours pas tout à fait. On le voit, la légitimité d'une réponse dépend à la fois d'une évaluation des moyens mis en œuvre, mais aussi de sa finalité visée[169]. Ainsi, une solution ne sera pas légitime si ces méthodes contreviennent à l'idéal de ce qu'est la personne et des manières par lesquelles on peut intervenir sur elle. De la même façon, elle sera jugée illégitime si le problème qu'elle prétend régler n'est plus jugé comme étant un problème légitime. Il en va ainsi de plus en plus, fort heureusement, des pratiques sexuelles non hétéronormées. La thérapie est alors une solution jugée socialement très légitime pour venir à bout d'une série de problèmes individuels,

[168] J'ai retracé le développement historique des structures d'opportunité des réponses face aux phénomènes psychiatriques dans le chapitre 2.

[169] On retrouve là l'intrication des fins et des moyens mise en lumière par Dewey (2011).

néanmoins, l'homosexualité ne peut plus être considérée comme un problème.

L'opportunité et la légitimité des solutions face à un trouble dépendent de la manière dont ce dernier est problématisé, dont la situation générale, les formes d'engagement et les identités de ses participants sont définies. En retour, la félicité ou l'échec des solutions, c'est-à-dire l'évaluation *a posteriori* de leur (in) opportunité, sous contrainte de leur légitimité, confirme ou infirme les suppositions définitionnelles faites sur la situation.

3.2.1. Coalition et luttes de définition

Dans le modèle goffmanien, la bipartition de l'environnement résultait en l'émergence de deux « rôles fondamentaux » : les membres de la collusion, « complices », et la personne « dont la définition de la situation est secrètement manœuvrée et qu'on pourrait appeler "l'exclu" » (Goffman, 1973, p. 316). Pourtant, cette dernière n'est pas l'objet passif des définitions de la part de ses autres, elle est engagée elle-même dans l'affirmation de suppositions sur son « moi » et sur la situation, qui se confrontent à celles produites et stabilisées par les membres du réseau collusoire. La bipartition de l'environnement tend alors à se muer en un espace de lutte pour une définition de la situation, la personne fauteuse de trouble refusant, par hypothèse, les interprétations, qu'elles soient psychiatriques ou non, qui en font l'instigatrice du trouble. La consolidation définitionnelle du trouble est donc insérée dans un rapport oppositif de forces, qui implique au moins deux

« factions » ayant un « pouvoir définitionnel » plus ou moins grand.

La micro-politique du trouble repose sur des luttes définitionnelles entre ces factions pour définir ce qui se joue dans la situation, et engager les réponses adéquates, socialement considérées comme opportunes et légitimes. Le modèle de base de la micro-politique repose sur des luttes définitionnelles bipolaires, entre la partie troublée et la partie fauteuse de trouble — généralement composée d'une seule personne, sauf dans les cas très particuliers des « folies à deux » ou « folie à plusieurs »[170].

3.2.2. Modèle multipolaire

Le modèle classique de la lutte définitionnelle tend à opposer deux factions, le fauteur de trouble et la partie troublée, jusqu'à ce qu'une « tierce partie faisant autorité » (*authoritative third party*) sanctionne la version d'une des deux parties et donc produise une définition officielle de la déviance (Aubert, 1965). Dans des séquences typifiées de « micro-politique des troubles », il s'agit de bien comprendre

> 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)

[170] Ou par exemple dans le cas particulier de la psychanalyse qui repose sur d'autres formes d'association (Goffman, 1973).

Cependant, sur base de nos entretiens, il est possible de complexifier le modèle, montrant que la lutte définitionnelle peut s'opérer entre plus de deux parties. Dans ce contexte, l'allocation des droits entre les parties apparaît avec force et vient déterminer le pouvoir définitionnel de chacune d'entre elles. C'est patent dans le cas que me rapporte Guillaume Meulemans, au sujet de son ex-compagne, Nadia Ben M'Barek, en fin de compte hospitalisée. Cette séquence permet de montrer toute la complexité de la problématisation du trouble dans un contexte où les personnes exposées à ses manifestations ne s'associent qu'à grand-peine. Ainsi, le trouble va peu à peu scinder sa scène d'émergence en trois pôles au moins. Dans ce contexte, l'attribution différentielle des droits entre les parties, et le pouvoir définitionnel qui en émerge partiellement, est déterminante.

3.2.2.1. Diverses versions : problématisations du trouble

Nadia B. rencontre Guillaume M. en 2004 ou 2005. A posteriori, ce dernier identifie certains comportements qui auraient pu lui « mettre la puce à l'oreille » : « on va dire, des tas de choses que je pouvais difficilement, sur le moment, interpréter comme des signes avant-coureurs éventuels d'une pathologie mentale ». Lorsqu'il évoque le comportement de Nadia B. à cette époque, il se souvient de « l'impossibilité de se concentrer », du « fait d'avoir deux, trois heures de retard tout le temps quand on ne se voyait déjà pas beaucoup » ou encore « d'être un peu lunaire par moment ». Certes, ces éléments font sens selon lui *a posteriori*, mais il souligne l'incapacité à les rendre

signifiants à ce moment-là parce « ce sont des signes de personnalité aussi » et que « c'était quelqu'un qui avait d'autres qualités ». Il explique comment il liait le trouble à une idée de responsabilité individuelle et de capacité : « faut savoir que là on est dans la première phase […], je ne savais pas qu'elle était schizophrène, je croyais juste qu'elle était en train de rater sa vie et j'en étais désolé pour elle, mais je me disais : "Bon bah… c'est la vie." ». « Rater sa vie », c'est une chose qui appartient à la responsabilité individuelle des personnes. Dans le cours normal des choses, elles sont responsables et propriétaires d'elles-mêmes, ce qui vient avec un droit théoriquement inaliénable de « rater sa vie ». Ce droit à « perdre des heures de sa vie à hésiter pour des trucs », à rester « seule dans son coin » ou à avoir des « moments d'absence » est finalement le droit à avoir des problèmes et à en disposer soi-même. Quand bien même ces conduites génèrent un trouble chez les autres, elles ne sont problématiques du point de vue légal que pour la personne elle-même, et leur résolution est donc comptable d'un travail de négociation sur leur volonté. *La liberté de chacun s'arrête là où commence celle des autres* : maxime fondatrice de nos modes de socialité libérale qui fonde le droit de chacun et chacune à exiger de l'autre qu'il regarde dans son assiette.

Leur relation dure jusqu'en 2007, jusqu'à ce qu'ils décident de rompre parce que « ça ne menait quand même à rien ». Ils se perdent de vue, se recroisent en 2012, puis se perdent à nouveau de vue, jusqu'en 2014 où elle l'appelle pour lui dire « qu'elle pensait qu'elle était sur écoute ». Guillaume M. reconnaît une crise ; étant donné sa

profession, il a une certaine expérience, indirecte, de la psychiatrie : « je ne dis pas qu'on est fin psychiatre, mais on reconnaît des crises de ce genre-là avec des délires paranoïaques ». Il explique :

> Maintenant, clairement, j'ai envie de dire, Nadia avait un côté assez académique dans les symptômes, donc les idées délirantes, les différents types d'hallucinations, l'incohérence, les problèmes d'empathie, de communication, de gestuelle, de patterns, plein de choses comme ça.

En raison d'une certaine expérience, son ex-compagnon l'associe assez rapidement à un problème de type psychopathologique. Inquiet, il la rencontre dans la journée, pour une conversation :

> Ça a duré quand même un certain temps et je passe les détails, mais à ce moment-là elle m'a sorti des constructions sur le fait qu'elle avait un contact direct, je sais plus si c'était exactement avec Dieu, mais je pense que c'est ça, avec le fait qu'elle devait apporter un message. Enfin, il y avait un mélange de délires, de persécution et en même temps d'élection sans vraiment trop comprendre ce qu'elle devait faire passer. Elle lisait des textes qu'elle devait livrer au monde, donc une vérité. Alors, elle m'expliquait des choses qu'elle voyait et clairement des choses qui n'existaient pas, je veux dire… et elle n'arrivait pas à me regarder dans les yeux non plus, elle regardait tout le temps ailleurs. Il y avait une gestuelle, une attitude, des phrases coupées, une baisse sensible du vocabulaire, une diminution de la capacité à construire des phrases structurées…

Nadia B. ayant été éduquée dans un environnement culturel musulman, il semble que ce que Guillaume M. identifie comme ses délires a un contenu très religieux

(*djinns*, etc.), ainsi que des accents très « paranoïaques ». Je ne dispose évidemment que des informations récoltées auprès de Guillaume M., mais il apparaît que pour Nadia B., sa manière de définir la situation repose sur l'idée qu'elle est suivie et écoutée par des personnes malveillantes. Pour elle, la négativité de l'expérience est reconstruite dans des formes de méfiance et de victimisation à l'égard des gens qui l'entourent. Le trouble est dès lors problématisé à partir d'une extériorisation de son origine, reposant donc sur les gens qui l'entourent, et sont supposés lui vouloir du mal. Dès lors, on peut supposer que les solutions opportunes reposent, de son point de vue, sur une intervention auprès de ces personnes, qui puisse les empêcher de la suivre ou de l'écouter. On ne sait pas bien ce qu'elle considère comme constituant une solution légitime dans ce cadre (appel à la police, intervention directe, etc.). Toujours est-il que le trouble est vécu, du côté de Nadia B., comme relevant d'acteurs extérieurs : les persécuteurs qui la traquent.

Cette version est évidemment réfutée par les gens qui l'entourent. Cependant, du côté des autres de Nadia B., il semble qu'on ne puisse s'accorder sur une version. D'une part, les membres de sa famille (mère, frères et sœurs) considèrent, d'après Guillaume M., qu'il s'agit d'un problème lié à une possession par des *djinns*. Cela les rend réfractaires à l'idée d'une prise en charge médicale : ils privilégient des solutions de type religieux (exorcisme) — celles-ci seraient considérées par sa famille, des dires de Guillaume M. en tout cas, comme plus légitimes. Voici

comment il rend compte de la version de la famille B. sur ce qu'il se passe pour Nadia B. :

> Quand on pose des actes complètement dingues, qu'on entend des voix et qu'on parle tout seul, le Coran dit très, très bien ce que c'est. C'est une possession. C'est très clair, il n'y a pas à discuter, de toute façon ç'a été écrit il y a 1400 ans […]

Cette manière (rapportée) de définir ce qui se joue et de problématiser le trouble repose sur des conceptions particulières, qui impliquent certains types d'entités agissantes, des voies pratiques de résolution et des agents spécialisés. En effet, la problématisation du trouble semble articulée à l'idée de la présence d'entités démoniaques, qui auraient pris possession de l'esprit de Nadia. C'est ce qui permet d'expliquer ses comportements, et c'est sur cette base que se dessinent des voies d'intervention : exorcisme, lecture du Coran, etc.

De son côté, Guillaume M. considère que l'état problématique des choses est imputable à une affection psychopathologique. Pour lui, il est très clair que le trouble est imputable à une maladie mentale — dans le sens biomédical le plus strict. Nadia B. souffre d'une affection morbide, la solution la plus opportune et légitime est donc celle qui repose sur une intervention médicale. Guillaume M. explique s'être beaucoup renseigné, avoir fait des recherches, afin de renforcer ses connaissances sur cette question et de se former. Il explique ainsi :

> À l'époque, il y avait une psychologue qui proposait des entretiens pour pas cher, donc j'ai fait trois-quarts d'heure d'entretien avec la psychologue à qui j'ai expliqué la

> situation et qui m'a expliqué plus l'aspect pratique de sa maladie. On a revu un peu : psychose, schizophrénie, symptômes, machin, tout ça, en discutant et en lui donnant mon casus. Donc ça permettait de faire raisonner avec ce que je commençais à lire et ce que je redécouvrais sur internet.

Il y a alors trois pôles dans cette lutte définitionnelle au sein desquels sont élaborées des versions différentes de la situation : élection divine et traque policière, possession par des *djinns* ou affection médicale. Chacune de ces versions ne relève pas uniquement de processus interprétatifs, puisqu'elle est liée à des horizons pratiques, à des formes de coordination et d'alliance. Chacune de ces versions est en outre inscrite dans une allocation différentielle des droits à la soutenir. Ainsi, en deçà d'un certain état de dangerosité, ou de « dérangerosité[171] », Nadia B. doit être considérée comme seule possesseuse d'elle-même et donc de ses problèmes. Son pouvoir de définition est reconnu en tous points et sécurisé en droit, peu importe que, dans les faits, celui-ci soit considéré par ses autres comme nul. En dehors d'un état de nécessité, qui ferait basculer la situation dans le cadre de mesure d'exception, c'est la version de Nadia B. qui prime du point de vue du droit. Bien sûr, ce pouvoir à définir ce qui se joue est déterminé par d'autres facteurs, qui tiennent notamment à l'état de dépendance et de vulnérabilité. On peut supposer que cet état détermine des marges pour ses

[171] Sur cette notion de « dérangerosité » qui permet de lier les prises en charge psychiatriques à des questions d'ordre public, on lira notamment le rapport de l'AGIDD-SMQ (2009) ainsi que celui rédigé par Marcio Gutiérrez et Emmanuelle Bernheim (2017).

autres, au sein desquelles la négociation sur la définition de la situation peut être opérée. Ainsi, du fait qu'elle est dans une démarche que Guillaume M. qualifie d'« appel à l'aide d'une certaine manière », ses autres ont la possibilité de lui faire faire admettre, partiellement, leur version du problème. Ainsi, Guillaume M. rapporte que sa sœur venait lui faire des séances de lecture, qu'elle acceptait. De son côté, il tente de lui faire accepter l'idée de soins psychiatriques. On le voit, si du point de vue légal, le pouvoir définitionnel de Nadia B. est jusque-là absolu, dans les faits, il est déjà un peu plus partagé, indexé sur des relations de dépendance, d'aidance et, sans doute, de confiance interpersonnelle. Si l'on reprend le cas de Guillaume M., on trouve dans notre entretien une explicitation très claire de ce qu'impliquent les luttes définitionnelles dans une configuration légale marquée par l'individualisme possessif. Ici, Nadia B. est considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme possesseuse d'elle-même et de ses problèmes, la micro-politique du trouble implique donc des formes négociées :

> mais donc j'ai essayé de jouer le plus possible cartes sur table, ne jamais faire semblant. Je sais qu'il y a plein de gens qui s'affrontent là-dedans… J'ai toujours dit : « Écoute, ce que tu as c'est un problème. D'ailleurs la preuve, t'appelles au secours et tu dors mal et y a des problèmes. Après sur ce qu'est le problème, c'est une autre discussion. » Je dis : « Moi je pense qu'effectivement, c'est une maladie et voilà, ce que tu entends, ce n'est pas ça. Tu l'entends c'est vrai, mais ce n'est pas quelque chose d'extérieur, ce n'est pas un phénomène externe. » Et elle forcément elle n'était pas d'accord. Mais ça, forcément, je veux dire, c'est tout à fait normal.

Néanmoins, c'est le droit définitionnel de Nadia B. qui prime, à tout le moins de manière potentielle. Elle est réputée en possession d'elle-même, et donc de ses problèmes[172]. Certes, il est possible de voir trois versions du trouble qui émergent, cependant, seule celle soutenue par cette dernière vaut du point de vue des actions formelles qui peuvent être envisagées.

Contre l'idée d'une distribution binaire et oppositive du pouvoir entre un pôle médical et un pôle judiciaire, dont l'allocation différentielle constituerait un jeu à somme nulle, on voit que le travail d'interprétation de la situation et les pratiques de remédiation qui l'accompagnent s'insèrent dans des coordonnées plus complexes. Le travail préliminaire, déjà effectué en deçà des radars institutionnels, repose sur des problématisations multiples du trouble, qui ne s'alignent pas nécessairement sur des définitions légales ou médicales. Celles-ci s'adossent à différents repères, diverses dimensions constitutives des situations, qui sont mobilisés ou non par les personnes.

3.2.2.2. Reprise médicale et subsistance des versions alternatives

Cette problématisation multipolaire va subsister un moment, tout en étant cependant déterminée du point de vue formel : c'est à Nadia Ben M'Barek qu'est reconnu le droit de définir ce qui se joue. Cependant, cela ne va durer

[172] Je reviens sur ces questions dans le chapitre 5. La possession de soi désigne la supposition portée sur la personne qu'elle est maîtresse des définitions qui la concernent, notamment des problématisations à produire lors de l'émergence d'un trouble, et partant, des formes d'actions correctives à y apporter.

que jusqu'au moment où elle est contrôlée par la police fédérale, à la suite d'un évènement inconnu de Guillaume Meulemans, et qu'une procédure de mise en observation est engagée. Cette procédure constitue un moment de basculement normatif où, du point de vue légal, c'est dorénavant la version médicale qui prime[173]. Nadia B. est destituée de son pouvoir de définition, sa version des choses ne vaut plus rien, de même que celle de la partie de sa famille qui y voyait une possession. La reprise médicale de la problématisation coïncide avec la version de Guillaume M., qui y voit un renforcement de son pôle définitionnel, et une occasion d'en sécuriser la version — qui, comme je l'ai vu, est toujours menacée par les versions adverses.

Du côté de ce dernier pôle (médical), Guillaume M. s'engage donc dans un travail actif d'alignement avec les personnels médicaux, tentant de renforcer la « complicité » d'équipe, notamment par le partage d'informations qu'il juge pertinentes lors de l'hospitalisation.

> Moi j'essayais de rentrer, j'envoyais des petits rapports. Parce que je suis allé la visiter et en la visitant, à Brugmann, je veux dire, bon j'ai essayé de rester tout le temps… aussi observateur que possible […] j'estimais que j'avais un devoir de communiquer au médecin ce que moi je pouvais voir et ce que lui ne voyait jamais parce que lui il voyait Nadia une fois par semaine durant une demi-heure. Moi je la voyais tous les jours quasiment. Il y a des moments où je suis allé deux fois sur la même journée, à la pause du midi et à la visite du soir quoi. Je ne l'ai pas fait tout le

[173] Cette question du basculement normatif est investiguée plus en détail dans les chapitres suivants.

> temps parce que c'est dur et avec le boulot, je ne peux pas tout le temps non plus… j'ai pris des récups, je me suis arrangé pendant mes repos. Et clairement, voilà, j'ai envoyé des trucs assez personnels, puisque j'ai envoyé des comptes-rendus de discussions, parce que je me suis dit que de toute façon, il y a le secret médical et le but c'est de la sauver, donc tant pis si je parle de trucs personnels. […] Parce qu'il y a des tas de signes qui peuvent être utiles à un médecin et qui ne vont peut-être pas être vus en une demi-heure d'entretien, donc des patterns, des choses comme ça, je n'en sais rien, des tas de choses. Des données brutes d'observation comme ça, en me disant que voilà, je suis habitué à faire des rapports et des PV, donc voilà, je fournissais de la matière. Après c'est lui le chef, c'est lui qui en fait ce qu'il veut après.

Guillaume M. se veut donc très collaborant avec les professionnels en charge de Nadia B., tentant de renforcer la collusion médicale. Il semble cependant que ses efforts ne soient pas couronnés de succès : le personnel médical refuse cet alignement, au nom du secret médical notamment. Ainsi, malgré le fait qu'il s'engage dans un travail de collaboration, donnant, selon lui, tous les « gages de bonne foi », il se voit refuser la possibilité d'établir une telle relation d'équipe. Cette relation est considérée comme trop unilatérale, voire instrumentale :

> Bah, là, s'ils acceptent ce que je leur envoie et qu'ils le lisent, pourquoi est-ce qu'il n'y a pas un feedback ? Qu'est-ce que ça change ? Ils ne sont pas obligés de me parler d'elle. Je veux dire, ils peuvent parler dans l'absolu et faire preuve de politesse. […] Comment est-ce qu'on peut articuler une collaboration entre le milieu médical et les proches si on considère que les proches n'ont pas à être tenus informés ? C'est une contradiction. Je ne sais pas comment on la tranche, mais il y a une contradiction. Si

> vous voulez que les proches aident le patient alors que le patient vous savez fort bien qu'avec sa pathologie mentale, il ne s'aidera pas lui-même… donc le ciel devra quand même l'aider. Si vous n'aidez pas ces gens, vous n'encadrez pas un minimum, ça ne marchera pas. Donc y a une contradiction flagrante c'est qu'on ne communique à peu près rien.

Le patient ne s'aidera pas lui-même… en effet, Nadia B., comme beaucoup de personnes psychiatrisées, continue à s'opposer à la version psychopathologique. Elle ne reconnaît pas non plus la version concernant la possession par les *djinns*. Elle s'oppose à la prise en charge, revendiquant le droit à disposer d'elle-même et de ses problèmes. La micro-politique du trouble s'élabore ainsi dans ce contexte tripolaire, même pendant l'hospitalisation. Ainsi, lors de celle-ci :

> Pour vous dire, moi je sortais de visite de Nadia, sa sœur arrivait. Vous voyez les tenues iraniennes ? Donc vraiment complètement fermées ici avec des gants noirs, jusqu'à par terre. C'est comme ça que sa sœur arrivait à l'hôpital pour aller lui faire des lectures du Coran, dans le but de favoriser l'exorcisme. Et donc je disais : « Putain bordel, ta sœur elle fait une fixette sur un délire à caractère religieux. Ne va pas l'influencer en lui donnant du matériau… Oh mon dieu. ». Et elle me répondait : « Oui de toute façon, toi avec ton communisme à la con. » Enfin bon. On se disputait parce qu'on n'était pas d'accord, mais au moins on se parlait.

3.2.2.3. Sortie d'hospitalisation, réhospitalisation

La définition médicale, même après l'intervention contrainte, reste très fragile : elle n'est pas reconnue par la

famille, qui continue à privilégier les solutions indexées sur la définition religieuse. D'après Guillaume M., cela est notamment permis par l'absence de suivi médical, et le refus des staffs de se coordonner avec lui, lorsque Nadia B. est déshospitalisée. Comme il le résume synthétiquement :

> L'hôpital s'en foutait complètement. Il l'avait relâchée dans la nature et puis voilà : « Démerdez-vous. » […] C'est malheureusement, à peu de chose près, comme ça. Si vous n'avez pas le bol d'avoir un médecin à un moment donné qui s'est lié un minimum avec le patient, mais en général ils sont occupés avec les leurs dans l'hôpital donc ils ne les revoient pas nécessairement. Mais je veux dire, il y a un laisser-aller, voilà.

Il considère pourtant qu'il aurait pu être un relais médical, *dans la communauté*. Il avait d'ailleurs même proposé en ce sens de l'héberger, envoyant une lettre à la justice de paix avant sa sortie de l'hôpital :

> Voilà, bon, j'ai écrit un courrier à la justice de paix, juste avant sa sortie d'hôpital, en disant : « voilà… » J'étais vachement gonflé parce que… « voilà Nadia peut-être que son contexte familial n'est pas idéal, je n'en sais rien. En tout cas, elle a besoin de calme. Elle vit dans un immeuble social en plein centre-ville dans du stress, et cetera. Je propose dans le cadre d'une posture, qu'elle vienne loger dans une jolie maison dans un quartier arboré, évolué, au calme. » A posteriori, heureusement qu'elle n'est pas venue. Comme je suis seul, je n'aurais jamais su ce qu'elle aurait pu faire en mon absence. Mais par exemple, elle aurait pu détruire des objets qu'elle jugeait inopportuns ou impies, *harams*. Donc elle aurait pu causer plein de problèmes quoi. En plus je ne sais pas, en faisant une connerie, elle aurait mis le feu à la maison, je n'en sais rien.

> Mais je leur ai quand même proposé des trucs. Bon, je n'ai jamais eu de réponse à la lettre…

La justice de paix ne donne pas de réponse à sa sollicitation. Du côté médical, il considère n'être pas reconnu comme interlocuteur, puisque c'est la famille qui acquiert cette place. Du point de vue de ses proches, malgré le désaccord, il semble qu'on trouve un consensus minimal de travail : « au niveau de la famille, c'est quand même encore conflictuel à la sortie, donc ce n'est pas top, mais bon, on se parle parce qu'ils sont bien élevés, je dirais que moi aussi, donc ça va. »

Guillaume M. rapporte une collaboration pragmatique avec la famille de Nadia B., ses autres s'accordant sur la nécessité de « travailler ensemble » parce que toutes et tous sont « bouleversés par ce qui arrivait à Nadia ». Le souci[174] constitue en ce sens un vecteur de coordination minimale, quand bien même le modèle d'intelligibilité médicale n'est pas reconnu. Guillaume M. essaie par tous les moyens de *forcer* cette problématisation médicale, même par des moyens judiciaires.

> Donc j'ai essayé de… mais comme tout est très lent, j'ai eu de temps en temps un rendez-vous avec mon avocat en disant : « Voilà qu'est-ce qu'on peut faire ? » Mais lui il n'arrivait pas trop à trouver l'angle d'attaque non plus parce que c'était vraiment très compliqué vu qu'elle avait une famille donc elle subvenait à ses besoins, si ce n'était pas elle, c'était sa famille. Elle avait un toit. Voilà, donc on n'avait pas d'angle d'attaque…

[174] Sur le souci et son importance comme motif dans les micro-politiques du trouble, voir le chapitre 4.

L'angle d'attaque pour quoi ?

> Pour éventuellement forcer à ce qu'ils s'en occupent un peu plus au niveau médical. Voilà. Et clairement c'est là que j'ai vu à quel point… bon bah sans doute que la loi de 90 a mis fin à des excès, mais comme souvent dans ces cas-là, y a pas eu trop de communes mesures et on a empêché beaucoup par la même occasion. C'est que le milieu médical n'a que très peu de pouvoir sur les malades mentaux, mine de rien.

Cependant, ce pouvoir médical sur la situation ne reprend qu'après le fort empirement de l'état de Nadia B. :

> Elle recommençait à ne pas prendre ses médicaments après sa sortie de 2015, après la deuxième mise en obs. Donc elle a recommencé à errer en pleine nuit dans la ville, et son frère devait la chercher en bagnole dans tout Bruxelles. Elle a recommencé à parler toute seule en hurlant, dans l'appartement. Elle disait « taisez-vous » à toutes les voix qui l'assaillaient. Donc ça redevenait invivable pour sa famille. Ils étaient quatre à vivre sous le même toit, je veux dire, c'est bon quoi.

Une fois de plus, la collaboration avec le staff médical est assez mauvaise. Guillaume M. n'est pas reconnu comme interlocuteur légitime par les intervenants médicaux. Malgré ses demandes à être intégré à l'alliance famille-médecin :

> Alors au niveau du médical, on m'a dit : « Bah écoutez, oui techniquement, vous pourriez participer à ce qu'on appelle un entretien de famille, c'est-à-dire quand on mêle la famille, sauf que la famille ne veut pas ! », « OK, oui, mais d'un autre côté, est-ce que c'est la famille qui décide ? », « Euh… mais c'est trop tard, c'est comme ça. » OK ! Moi je trouvais ça un peu aberrant parce que je ne

> vois pas pourquoi, par rapport à une malade majeure, sa famille avait plus le droit de décider que moi en ce sens. Le médecin ne connaît pas plus la relation de Nadia avec sa famille qu'avec moi. […] Donc on ne m'intègre pas et voilà.

En fin de compte, Nadia B. fait une tentative de suicide, alors qu'elle est sortie de l'hôpital dans lequel elle résidait, dans le cadre d'une troisième hospitalisation contrainte. Elle décède des suites de cet acte. Guillaume M. exprime a posteriori cette incapacité à former une alliance en reconnaissant que si « tout le monde a eu conscience continuellement qu'on avait tous le même but », malheureusement chacun « le faisait de manière différente ». Il regrette :

> En théorie, on aurait dû être complémentaire, ce qu'on n'a finalement pas tellement été. Moi j'aurais pu avoir cette force de les tirer vers le combat, mais comme pendant trop longtemps, on n'a pas eu la même approche et qu'on a perdu du temps et que machin, je pense que la synergie n'a pas pu se faire.

Il comprend cette incapacité à s'allier à partir des divergences de problématisation du trouble certes, mais aussi de l'engagement différentiel dans le travail de soin et d'accompagnement :

> Moi j'avais la niaque et je pense qu'eux justement étaient vidés par le fait qu'ils devaient s'occuper d'une personne schizophrène. Ça vous vide littéralement. Et comme je disais, moi j'avais cette force parce que je ne m'en occupais pas tout le temps et eux n'avaient plus cette force.

Après le décès de Nadia B., les différents repères à partir desquels étaient comprises les situations continuent à être relativement déterminants :

> Et après quand elle est décédée, eux ont été apathiques alors que moi… je suis un colérique donc forcément… Je suis un battant, pas dans le sens d'un winner, mais je suis un colérique donc quand je suis révolté par une situation ou une injustice ou quoi, ça me met vraiment en colère quoi. J'ai envie d'écrire des *J'accuse.* […] Et un autre truc qui explique l'apathie de la famille, ce que moi je vois comme une apathie, comme ils sont tous les trois musulmans, jamais sous-estimer le rôle des croyances dans la lecture du monde et dans l'appréciation des malheurs du monde. Son frère voyait à quel point j'étais révolté et à un moment, il a pris conscience du truc et il a dit : « Ouais, mais toi tu ne penses pas que tu vas la revoir après. » Je dis : « Non pour moi, elle est plus là. » « Ah ouais. OK. » Et il a compris pourquoi j'étais si en colère. Eux, ils sont convaincus de la revoir, hein.

3.3. Conclusion

Ce chapitre s'est inscrit dans une perspective inspirée de la « micro-politique des troubles » telle que définie initialement par Emerson et Messinger (1977) dans leur article fondateur et présentée dans le chapitre précédent. Pour rappel, les sociologues proposaient une reformulation microsociologique (mais soucieuse d'intégrer les conditions macrosociologiques) intéressante et opérationnelle des approches de la déviance, telles que formulées dans des perspectives axées sur « histoire naturelle » des problèmes sociaux (Spector, Kitsuse, 1973) ou le fameux « cycle de réparation » de Goffman (1968).

Cette perspective trouvera une expression systématique et fournie dans l'ouvrage d'Emerson (2015).

Cette notion de « micro-politique des troubles » vise à rendre compte du travail interactionnel de réaction (interprétative et pratique) à des expériences négatives dans le cours normal de la vie ordinaire. 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. 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 sans effort 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 en apparence 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'est intéressé 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.

4.
L'IRRITATION ET LE SOUCI : MOTIFS D'ENGAGEMENT FAMILIAL DANS LES MICRO-POLITIQUES

> Mère avait dit : « si cela continue, mon garçon, nous devrons vraiment voir un docteur, vraiment. On ne peut pas laisser notre fils —», mais est-ce qu'elle avait dit ? « Vivre dans un autre monde » ? « Vivre si loin » ? Le mot loin s'y trouvait, il en était certain, puis Mère avait repris un magazine, en riant un peu, mais d'une manière qui n'était pas gaie. Il s'était senti désolé pour elle…
>
> Conrad Aiken, *Neige silencieuse, neige secrète*

C'est dans le travail de remédiation que réside le cœur de la micro-politique du trouble, et qu'émerge finalement la problématisation psychiatrique. Celle-ci n'est pas uniquement une opération de qualification, c'est-à-dire une modification de la définition ou de l'interprétation de ce qui se joue dans les situations. Certes, la problématisation psychiatrique résulte en une qualification particulière qui associe une « conduite non conforme » à une « classe des écarts ou des délits passibles de sanction » (Ogien, 2020, p. 233). Elle n'est cependant pas une seule désignation, une modification des connaissances des autres, spectateurs, sur un comportement extérieur et observé. La problématisation psychiatrique, telle que

permet de la modéliser la micro-politique du trouble, relève du jeu expérimental des interprétations et des réponses pratiques face à un trouble. Comme le pointait Dewey (2007) concernant son modèle de l'enquête, « le rétablissement de l'intégration », c'est-à-dire le dépassement du trouble inhérent à la situation, n'est possible qu'au travers d'« opérations qui modifient effectivement les conditions existantes, et non par des processus purement "mentaux" » (p. 169).

J'ai montré les formes des micro-politiques familiales initiées à la suite de l'émergence d'un trouble dans des espaces réputés privés ou domestiques. J'ai montré à quel point, pour des raisons tant théoriques qu'historiques et conjoncturelles, ces micro-politiques devaient être considérées comme constitutives et cruciales dans les formes de régulation actuelles de la question psychique. Le trouble et son potentiel de « ravage » constituaient le principe fondamental d'initiation de réponses sociales qui participaient d'une problématisation psychopathologique. Par-là, il était d'ailleurs possible d'effectuer la liaison des niveaux micro et macro. En effet, le désordre social qui résulte du trouble, s'il se manifeste avant tout dans les situations particulières, constitue aussi une menace à un niveau macroscopique. Comme le souligne Andrew Scull (2004), l'intérêt de la perspective goffmanienne réside surtout dans sa faculté à appréhender « le caractère et l'étendue des ravages et du désordre qu'un malade mental provoquait parmi ses proches, le cercle social plus large dans lequel il était inséré, et l'ordre social plus

généralement[175] » (Scull, 2004, p. 417). De ce fait, une conception réaliste et matérielle de ce type de trouble permet d'appréhender en même temps les conséquences pour « le cercle interactionnel immédiat dans lequel se trouve l'individu perturbé » autant que pour la « société dans son ensemble », réunis par la nécessité de « trouver des moyens de confiner et d'endiguer le chaos écrasant que la présence d'une telle personne menace de leur imposer à tous[176] » (Scull, 2004, p. 418).

Il apparaît cependant que cette conception, si elle est très utile et constitue un cadre d'intelligibilité central, manque une dimension importante de ce qui fait, en réalité, les micro-politiques du trouble, et donc, les formes de la régulation de la question psychique. En effet, situer les réponses sociales au trouble dans les motifs du contrôle, en réaction à l'irritation générée par le trouble et ses effets délétères sur l'ordre social, procède d'une occultation de raisons subjectives fondamentales à l'engagement des familles dans l'administration des troubles d'un proche, sans cesse réaffirmées dans les discours et les pratiques, et véritablement centrales et structurantes des formes de régulation de la question psychique. Ces raisons subjectives peuvent être ramenées sous la catégorie du « souci » pour la personne, qui engage un travail de soin et

---

175 Ma trad. : « *the character and extent of the havoc and disarray a mentally ill person provoked among his (or we would these days add, her) nearest and dearest, the wider social circle he was embedded in, and the social order more generally* ».

176 Ma trad. : « *the immediate interactional circle within which the disturbed individual is located and the larger society itself must find ways to confine and contain the overwhelming chaos that the presence of such a person threatens to impose upon them all* ».

d'accompagnement, de support et non seulement de contrôle.

Il s'agit alors de complexifier le modèle de la micro-politique du trouble tel qu'il a été présenté jusqu'ici, en intégrant le vocabulaire de motifs du « souci » aux côtés de celui de l'« irritation ». Je montre alors que les séquences d'administration du trouble initient en vérité une double problématisation psychiatrique, celle concernant le ravage pour les ordres sociaux, mais aussi touchant à la question de l'individualisation de la personne, entendue comme le processus existentiel de satisfaction des attentes en termes d'autonomie, de propriété de soi et d'exercice personnel de ses droits, de ses obligations et du maintien de soi en public. Dans la seconde partie, je montre que lorsque la personne est incapable de satisfaire à ces attentes, en raison d'un trouble problématisé comme maladie psychiatrique, le travail de soutien et de support provient souvent de la famille, perçue comme entité naturellement soutenante. Je sonde alors « l'idéologie de la famille » qui me semble organiser cette présomption sur le rôle social de la famille à l'égard de ses membres, en général, mais surtout plus particulièrement, dans le secteur des soins psychiatriques.

Ce chapitre sera divisé en quatre parties. Les deux premières visent à introduire la question du souci comme motif de l'engagement dans la micro-politique du trouble, au côté de l'irritation, déjà largement évaluée dans le chapitre précédent. J'évalue ensuite dans les deux parties suivantes la question des supports fournis par les familles dans le processus d'individualisation, et envisage leur

justification dans un assemblage idéologique particulier, qualifié ici d'« idéologie sectorielle de la famille ».

4.1. Le souci pour la personne : processus d'individualisation négative et support familiaux

Il me semble que s'en tenir à la seule dialectique ravage/contention n'est pas suffisant en l'espèce. J'en ai montré les enjeux lorsqu'émerge un trouble qui appelle des réponses visant à minimiser ses effets délétères sur les environnements sociaux qui l'encaissent. L'agressivité d'une personne, son isolement, son émoussement affectif ou ses difficultés communicationnelles sont autant d'offenses plus ou moins répétées dans le cours ordinaire des choses sur les scènes familiales, qui appellent une réponse afin de rétablir un certain ordre, sa quiétude et donc la possibilité d'y agir pour les membres. Néanmoins, cette conception du trouble et des manières d'y remédier me semblent, dans une certaine mesure, comptables d'une manière de voir encore très ancrée dans les théories de la réaction sociale, marquée par un vocabulaire de motifs particuliers : celui de l'« irritation ». Ici, les autres du fauteur de trouble s'engagent dans un travail de remédiation essentiellement lié à la volonté de minimiser son potentiel de destruction des conditions interpersonnelles et de l'ordre social. Or, à l'examen des comptes-rendus des proches, on remarque un autre vocabulaire de motif structurant de l'expérience et des pratiques, celui du « souci ». Cette dimension cruciale de l'expérience familiale des troubles, particulière à ce type

d'expérience, me semble nécessiter un amendement, à tout le moins un complément, du modèle proposé qui reposait sur la dialectique entre le ravage et la contention.

La dialectique fondamentale de la micro-politique du trouble, faite d'exposition à ses manifestations délétères et de tentatives d'y remédier, semble manquer une dimension, celle qui concerne les dimensions de négativité personnelle du trouble pour celui ou celle qui en est à l'origine. Conformément à ma posture d'inspiration *naturaliste*, il ne s'agit pas ici d'évaluer les « significations intimes » qui résident dans le trouble (Goffman, 1968), on laissera cela aux psychologues et psychiatres, bien plus armés pour ce faire. Il s'agit en revanche de considérer que la perspective réaliste sur le trouble ne peut se contenter de considérer ce que ses manifestations « coûtent aux rassemblements où elles se produisent » (Goffman, 2013, p. 184), sans se préoccuper de ce qu'elles *coûtent* à la personne fauteuse de trouble et, plus au juste peut-être, de ce que ses autres considèrent qu'elles lui *coûtent*. Ce coût n'est pas envisagé dans des termes de souffrance psychique ou de difficulté psychologique, précisons-le une fois de plus, mais d'un point de vue de l'observateur sociologique, c'est-à-dire à partir d'une réflexion sur ces situations individuelles « marginales » ou « extrêmes » dans « leurs relations avec l'ensemble social » (Castel, Haroche, 2001, p.189). Comment intégrer cela à mon modèle ? En considérant que la micro-politique des troubles quotidiens, mais extraordinaires, et l'opération de problématisation psychiatrique qui lui est liée, ne s'articulent pas uniquement à l'« irritation » générée par la

destruction de l'ordre interactionnel, mais aussi à un « souci » qui trouve ses racines dans des considérations qu'on peut placer au sein d'un autre rapport dialectique : celui entre l'individu et la société, et du point de vue plus incarné, entre un processus d'individualisation négative et un travail, émotionnel et matériel, de support.

Si les symptômes sont matériels, comme on l'a vu, on peut considérer la question de la capacité réelle à *être un* individu, dans le jeu des obligations sociales. Être *un individu*, c'est-à-dire inscrire son action personnelle dans des coordonnées de responsabilité et d'autonomie, est devenu le projet incontournable de l'existence, en même temps que le présupposé central de toute action sociale. Pourtant, comme le note Castel (2009, p. 402) :

> [U]ne telle célébration inconditionnelle des capacités de l'individu surplombe de très haut l'expérience concrète de beaucoup d'individus vivant dans notre société. Il y a aussi des manières problématiques d'exister comme un individu, et sans doute même beaucoup de situations où il est impossible d'être pleinement un individu si on entend par là la capacité de se conduire somme un sujet libre et responsable.

Cette citation du sociologue français dessine les contours de la problématique. Il s'agit en effet de documenter les modalités d'une individualisation « négative » ou « par défaut » pour celles et ceux pour qui « manquent les ressources nécessaires pour assumer leur liberté d'individus » (p.436). Il convient alors d'envisager le contexte social large de mise à disposition ou de priva(tisa)tion des « supports d'individualisation » qui lui

permettent de « conduire son existence sociale avec un minimum d'indépendance » (Castel, 2014, p. 222). En effet, on considérera que « la réflexion sur les situations que l'on peut qualifier de marginales, de périphériques ou d'extrêmes » doit être posée à partir d'une approche fine de la manière dont « elles sont produites, c'est-à-dire [de] leurs relations avec l'ensemble social » (Castel, Haroche, 2001, p. 189). Les travaux de Castel montrent qu'une sociologie dont l'intérêt de recherche serait lié à l'individualisation devrait largement s'attarder sur la question des « supports », c'est-à-dire « des conditions de base nécessaires pour se comporter dans la société comme des acteurs capables d'assurer leur indépendance par leurs propres moyens » (Castel, 2009, p. 404). Ces « supports » ne sont pas uniquement de nature matérielle, ils sont l'ensemble des ressources, régulations juridiques et protections qui « dépassent l'individu en tant qu'individu et lui donnent une consistance sociale, un statut » (Castel, Haroche, 2001, p. 168).

4.2. Soutenir, une autre face de la micro-politique familiale

De fait, la micro-politique du trouble doit être considérée comme s'engageant sur deux plans, celui du ravage dans les relations interpersonnelles, mais aussi sur le plan plus large de l'existence sociale. Qu'est-ce que cela veut dire ? Dans les grandes lignes, on peut considérer que la déstructuration de l'ordre des interactions que génère le trouble appelle un travail de contention, attaché à des dimensions de contrôle et de surveillance, dont j'ai rendu

compte plus haut. Sur ce plan de la micro-politique du trouble, les tonalités émotionnelles de la problématisation opérée par les autres sont plutôt marquées par l'irritation, qui constitue un vecteur d'engagement dans des pratiques de remédiation. Cependant, et en vertu même de cette problématisation, d'autres motifs viennent se placer sur un plan qui concerne le rapport de la personne fauteuse de trouble à l'ensemble social et aux modes de socialité. On le voit, ce pan de la problématisation est plutôt ancré dans des tonalités liées au « souci ». Ces dernières ont souvent été négligées dans les travaux sur la micro-politique du trouble, de l'aveu même d'Emerson (2015). Pourtant, elles sont importantes dans le cadre des phénomènes psychiatriques qui, à l'inverse des disputes de chambre et tas de vaisselle sale, appellent de manière assez systématique à l'identification d'un problème lié à la capacité à répondre aux attentes sociales au sens le plus large. De ce fait émerge un « souci » pour la personne, engageant à des actions réparatrices qui ne visent pas la seule réparation du cours ordinaire des choses, mais incluent également des actions de compensation vis-à-vis de l'état de la personne. La problématisation du trouble s'opère alors également sur le plan de la (dé) liaison entre l'individu réputé malade et la vie sociale, menant vers des nécessités d'action de support et la provision de « ressources de résilience » face à la vulnérabilité (Fineman, 2013).

Avec le souci vient donc une certaine nécessité d'action qui vise, de manière générale, à « prendre soin » de la personne, ouvrant alors vers l'ensemble des perspectives

du *care*. Il est intéressant en ce sens de souligner la double acception du « care » en langue anglaise, que ne permet pas de rendre le français. En effet, du « souci » pour une personne naît le travail de *care* comme l'ensemble des « dimensions du soutien apporté à la vie […] fréquemment prises en charge par d'autres qui agissent sous cape, sans qu'on leur en fasse la demande » (Molinier, p. 119). Le « souci » pour la personne, en raison de son incapacité à se conformer aux attentes sociales en matière de capacité et d'autonomie, pousse ses autres à organiser des actions de compensations, afin de lui permettre de tenir ou de se maintenir dans l'existence sociale, ou plus simplement de *garder la tête hors de l'eau*.

	Effet délétère du trouble	***Travail des autres***	***Tonalité émotionnelle de la problématisation : vocabulaire de motifs***
Ordre de l'interaction, rapports interpersonnels	Ravage	Contention	Irritation
Ordre social, rapport à la société	Individualisation négative	Support, prendre soin	Souci

4.2.1. L'état de malade mental : transposition inter-situationnelle

Si l'on passe de l'idée du trouble, situé dans les relations et s'exprimant chaque fois dans une situation particulière, à l'idée qu'il signifie un *état* de la personne, alors, il faut considérer cette autre dimension relative à l'individualisation. La problématisation psychiatrique relève précisément de ce saut interprétatif, depuis des conduites transgressives ou offensantes au regard d'un contexte particulier, à une idée qu'elle exprime un « détachement » plus général, vis-à-vis d'une unité sociale plus large (Goffman, 2013). Au final de ce processus, le problème psychiatrique constitue l'hypothèse d'une incapacité d'« engagement » adéquat dans la vie sociale dans son ensemble. À partir de manifestations locales, exprimables en termes de « justesse situationnelle », la qualification psychiatrique lie les conduites du fauteur de trouble à une nouvelle identité, celle de malade mental, qui vaut de manière transposable pour toutes les situations de la vie sociale.

Bien sûr, du point de vue clinique, une série de courants réfutent la pertinence de ce caractère transposable, considérant qu'une conduite pathologique peut constituer l'expression, de la part du fauteur de trouble, d'un dégagement vis-à-vis d'une unité sociale en particulier. Ainsi, Goffman (2013), dans ce qui pourrait être vu comme un clin d'œil discret à l'antipsychiatrie d'un Ronald D. Laing ou d'un David Cooper, notait :

> [U]n exemple marquant, qui convient à cette analyse, est celui de la désorganisation des conduites en privé d'un membre d'une famille, juste avant que ses proches ne jugent nécessaire de le faire interner. Puisque la difficulté

> qu'il traverse peut être provoquée par la relation avec ses parents, sa compagne ou son compagnon, l'une des formes d'expression qui s'offrent à lui, s'il ne déserte pas la maison, est de ne plus assumer ses devoirs domestiques. Une telle personne devient alors, dans le langage des histoires de cas, débraillée, paresseuse, sale, inattentive, négligente, grossière. Elle peut être insomniaque ou hypersomniaque. Elle perd tout intérêt pour la bonne éducation de ses enfants, et ainsi de suite. Le « rétablissement » de certains de ces offenseurs, quand ils sont placés à l'hôpital, est moins dû à la thérapie et à la sécurité que revendiquent ces institutions, qu'à un fait tout simple, souligné parfois par les psychiatres : les cibles particulières que vise l'offense ont cessé d'être présentes. (pp. 194-195).

Cependant, je ne me place pas sur le plan clinique, mais sur celui des manières qu'ont les personnes de faire sens de leur réalité. Or, sur ce dernier plan, il me semble qu'une des dimensions structurelles de la « maladie mentale » réside précisément dans cette idée d'une transposabilité inter-situationnelle. C'est d'ailleurs ce qui semble par exemple différencier le *burn out* de la dépression, du point de vue des usages sociaux de ces catégories. La première n'est pas une maladie mentale parce qu'il est admis qu'elle constitue une réaction ciblée au fonctionnement particulier d'une unité sociale, à l'inverse de la dépression qui sert à qualifier un état, que le dépressif *traîne* partout où il se rend.

4.2.2. Postuler le détachement vis-à-vis de l'ensemble du social

Il convient alors d'envisager le trouble comme une forme d'impropriété situationnelle poussant les autres, c'est-à-dire les personnes impactées par ses manifestations, à considérer qu'elle est le symptôme d'un détachement plus général à l'égard de la vie en société, ce qui est générateur, sur des scènes familiales, d'un certain souci. La question des conceptions et présuppositions qui fondent cette dernière devient donc cruciale, pour les autres du fauteur de trouble autant que pour l'observateur. Les réponses apportées au trouble ne concernent pas les seules coordonnées interpersonnelles, ne sont pas des uniques réponses à la difficulté à se comporter comme on pourrait l'attendre dans le cadre de relations familiales *normales*. Il s'agit en effet de considérer la question de la capacité de la personne fauteuse de trouble, identifiée souvent comme défaillante et qui appelle, bien souvent, un véritable travail de support de la part de ses autres, principalement quand les relations qu'ils entretiennent sont décrites comme familiales.

La surface sur laquelle est perceptible le trouble est certes celle du « dégagement » par rapport aux normes et conventions de la situation spécifique au sein de laquelle il émerge. Cependant, le trouble est symptomatique dans la mesure où il exprime un « dégagement » plus généralisé, transversal à un ensemble de situations. Il s'agit d'une incapacité d'engagement vis-à-vis d'un ensemble social davantage étendu, celui de la société. Comme le souligne Goffman (2013), le principe de la psychiatrisation réside précisément dans l'idée, portée par les autres du fauteur de trouble, que ses conduites problématiques perçues dans

une situation particulière le seront dans toutes les situations de la vie sociale. Le trouble n'est alors, dans sa matérialité, pas une seule transgression des « présuppositions normatives » et des « régulations situationnelles », mais se situe dans l'idée qu'« une conduite inappropriée dans une situation peut témoigner d'une incapacité générale à prendre part à des interactions en face-à-face », et même, que le caractère problématique de la déviance situationnelle est transposable à l'ensemble des formes d'engagement qui constituent la vie sociale (Goffman, 2013, p. 184).

La problématisation psychiatrique s'opère en effet en creux de l'hypothèse de capacité à *être un individu*. Il importe alors de spécifier ce qu'est cette capacité, en quoi le fauteur de trouble est réputé ne pouvoir y satisfaire et, surtout, comment et *pourquoi* ses autres, particulièrement lorsqu'ils décrivent leur relation comme familiale, y répondent d'une manière qui n'est pas uniquement interprétative, mais pratique, engagée dans un véritable travail de support. Cette question est essentielle dès lors que, faisant partie intégrante des micro-politiques familiales du trouble, elle est en outre constitutive des dimensions macropolitiques de la régulation psychiatrique. Le fait que les familles s'engagent dans un travail de support détermine de manière centrale les formes de la régulation, leurs temporalités propres et leurs dimensions institutionnelles. Bien que le trouble ne soit observable que dans la situation, il n'est pas toujours réductible à une incapacité situationnelle, il peut constituer une forme plus générale de dégagement vis-à-vis de la

société et des formes *normales* de socialité. Les manifestations du trouble sont alors problématisées comme une incapacité à *être un individu*, attachées en l'espèce à des modes d'explication psychopathologique.

4.3. L'engagement vis-à-vis de la société : être un individu, capable et autonome

Comme je l'ai montré dans le chapitre précédent, le modèle de la réaction sociale tend à fournir une certaine image des réponses au trouble, basée sur la nécessité d'un contrôle des manifestations déviantes. Or, cette conception passe sans aucun doute à côté d'un enjeu majeur des micro-politiques, déterminées par la nécessité de soutenir la personne, à l'articulation d'une certaine conception morale de ce qu'est la famille et d'une conception moderne de *ce que devrait être un individu*. En effet, si l'on envisage la matérialité des manifestations du trouble, il faut considérer leurs conséquences dans un champ autre que celui des prétentions de place dans la situation et de la menace pour les ordres interactionnels. Les phénomènes psychiatriques constituent une rupture de l'expérience, certes perceptible dans un « idiome situationnel » (Goffman, 2013), mais définissent plus largement la capacité d'une personne à *être un individu*, ce qui constitue sans aucun doute une menace d'un ordre encore plus profond. Le fauteur de trouble, lorsqu'il est question de phénomènes psychiatriques, hypothèque la capacité à agir collectivement en situation, menaçant les places et les suppositions de chacun sur l'identité qu'il ou elle peut revendiquer dans l'interaction, mais plus profondément, hypothèque sa propre capacité à agir sur

un plan large, celui de la citoyenneté et de l'action en société.

4.3.1. La micro-politique à partir du souci : les supports familiaux

La théorie castelienne des « supports » a un double mérite dans la volonté de développer une véritable perspective sociologique sur la question de l'individualisation. D'une part, elle permet de penser de manière transversale la pluralité des supports d'individualisation, qu'ils soient de nature matérielle, relationnelle ou symbolique, qu'ils soient d'origine publique ou privée. En effet, les conditions qui permettent de supporter l'individu dans « la possibilité de rester ou de devenir un individu digne de ce nom » sont fluctuantes et contingentes (Castel, 2009, p. 449). Elles peuvent être pensées à partir d'une perspective sociohistorique ou généalogique, en montrant les transformations et leurs articulations avec les modes spécifiques d'individualisation — rejoignant la perspective d'Elias (2004) qui pointait la nécessité de penser les évolutions parallèles des structures sociales et « centres d'intégration » avec les « structures de personnalité ». Elles peuvent également être pensées en référence aux systèmes relationnels au sein desquels une série de supports peuvent être distribués.

D'autre part, l'intérêt pour les « supports » permet de développer une « approche délibérément objectiviste mettant entre parenthèses, sans les invalider, toutes les dimensions de vécu, d'intériorité, d'intimité, constitutives de l'économie psychique de l'individu » (Castel, 2009,

p. 403). Il s'agit alors de penser la question de l'individualisation non comme la quête solipsiste d'une identité individuelle, mais comme un processus social inséré dans des coordonnées symboliques et matérielles — tout en voyant à quel point cette idée de la quête de soi est un discours structurant des modes d'individualisation à l'heure actuelle[177].

4.3.2. Comment être un individu ?

La question de l'individualisation est difficile à approcher dans les sciences sociales. C'est qu'elle a été obscurcie par les poussées critiques sur l'individualisme de nos sociétés contemporaines, liées au diagnostic du recul des dimensions collectives de la vie sociale. Elias (2004) a souligné à quel point ce type de perspective était sous-tendu par une conception dualiste, opposant la « société » et l'« individu ». Posant ces « deux objets apparemment séparés », ces perspectives s'enfoncent dans des débats sans fin concernant la préexistence de l'un sur l'autre, ou à l'inverse cherchant à déterminer normativement ce qui constitue la finalité de l'action collective. Ainsi, comme le note Ehrenberg (2010), les sociologies qui se sont inscrites dans cette perspective critique, l'ont généralement fait à partir de cette « équation récurrente depuis deux siècles :

[177] À ce titre, on différenciera avec Ehrenberg (2010) la « sociologie individualiste » de la « sociologie de l'individualisme ». Cette dernière ne sacrifie pas à la caractérisation de l'autonomie par la « série personnel-psychologique-privé », mais considère plutôt que le caractère « individualiste » ou « personnel » de l'existence ne signifie pas qu'elle soit pour autant « moins sociale, moins politique ou moins institutionnelle » (p. 17).

"montée de l'individualisme = déclin de la société"» (p. 16). S'en tenir à cet axiome critique ne permet cependant pas de voir qu'il ne s'agit pas tant d'un affaiblissement du lien social que de sa transformation autour d'un « nouvel esprit de l'action » et de nouvelles conceptions du sujet.

Or, dans les faits, et les phénomènes psychiatriques constituent un élément central de ces *faits*, de nombreuses personnes ont des modalités d'individualisation « négative » ou « par défaut », c'est-à-dire que leur « manquent les ressources nécessaires pour assumer leur liberté d'individus » (p. 436).

4.3.3. Trajectoires individuelles et protection sociale

L'effritement des protections sociales, ainsi que l'accroissement des rhétoriques de l'individualisation (responsabilité, autonomie, subjectivation, etc.) mènent à un contexte sociohistorique particulier[178]. La propriété sociale[179], qui constituait l'un des supports majeurs de

---

[178] Sur cette question, voir mon chapitre dans l'ouvrage « Néolibéralisme(s) en Belgique » (Printz, 2023d).

[179] Les sociétés libérales se sont constituées initialement sur la propriété privée. À la fois privilège de la bourgeoisie en même temps que condition d'accès à la citoyenneté, elle est la condition « la plus restrictive possible de la possibilité d'être un individu » (Castel, 2009, p. 414). La corrélation entre l'accès à la propriété et l'acquisition du statut d'individu se confronte cependant à l'instauration du salariat. Le rapport antagoniste de classe se stabilise, et la question de l'insécurité sociale du prolétariat devient un enjeu social majeur, insoluble dans la croyance en l'accès universel à la petite propriété. Un nouveau type de propriété émerge à la faveur des mouvements sociaux articulés à cette tension entre l'égalité de droit et l'égalité de fait : la « propriété sociale ». Cette notion recouvre cet « *analogon* de la propriété privée » dont la finalité est « la mise à la disposition des non-

l'individualisation, s'est largement érodée. Pourtant, il est plus que jamais attendu de chacun qu'il soit un *individu*, c'est-à-dire qu'il se conduise « d'une manière responsable » et qu'il « mène sa vie avec un minimum d'indépendance » (Castel, 2009, p. 414). Face à ces nouvelles injonctions, il est important de *sociologiser* la propriété de soi, en montrant son inscription collective et ses assises sociales. Il s'agit alors de proposer un autre discours sur l'individu, qui ne fait pas « comme si l'individu pouvait exister en lui-même comme une instance privée » (Castel, Haroche, 2001, p. 153). En effet, comment *être un individu* lorsqu'en raison d'une décompensation psychiatrique, comme de n'importe quelle autre fragilisation individuelle, l'assise individuelle vient à sembler insuffisante ?

4.3.4. Soutien familial

Face à l'individualisation négative d'une personne (le trouble lorsqu'il est problématisé sur le plan de l'existence sociale), dans le contexte d'étiolement de la propriété sociale et d'effritement des systèmes de protection, la famille, au nom de son « souci », devient un acteur central. Les proches mobilisent leurs ressources informelles pour

---

propriétaires d'un type de ressources qui n'est pas la possession directe d'un patrimoine privé, mais un droit d'accès à des biens et à des services *collectifs* » (Castel, 2008, p. 172). Elle constitue alors un « support » nouveau pour l'individualisation, permettant un accès à la « propriété de soi » qui n'est pas indexé sur l'ordre propriétaire (Castel, Haroche, 2001). Le système des protections sociales accroît donc de manière inouïe l'accès à l'individualisation : le prolétaire, détaché de son insécurité sociale totale, peut accéder au rang d'individu. S'il faut se garder d'une vision tronquée par une nostalgie passéiste de cette période d'expansion de l'État social, on peut remarquer cependant qu'elle coïncide avec l'accès d'une série de publics à la citoyenneté et au statut d'individu, qui en étaient autrefois exclus.

minimiser les conséquences néfastes de la situation. Une série d'actes de soutien, avant tout matériel, sont donc posés par les personnes. C'est une chose qui apparaît beaucoup dans nos entretiens avec les membres des familles de personnes fauteuses de trouble : lorsque le trouble est problématisé en tant que maladie mentale, cela vient la plupart du temps avec le déploiement de pratiques de soutien et de support, qu'il soit matériel ou émotionnel. Ainsi, cet entretien réalisé avec deux parents d'un homme de 35 ans. Ils expliquent :

> vous avez peut-être vu qu'il y avait deux sonnettes [avec mon nom], vous avez sonné à la première et vous êtes tombé chez nous […] c'est-à-dire qu'en fait nous avons eu l'occasion de racheter cet appartement […] d'autant plus que la maison où il était là derrière chez nous, il avait un jardin, il ne s'en occupait absolument pas, donc il avait l'intention de venir ici, et il est donc dans le même immeuble, dans un appartement évidemment plus petit qu'ici enfin ça c'est sûr, et depuis lors toujours des voix, et il n'a plus d'hospitalisation…

On cerne ici l'importance de l'implication parentale dans l'existence de leur fils. En effet, bien que ceux-ci se décrivent comme « beaucoup moins interventionnistes que d'autres parents », ils expliquent avoir acheté un appartement voisin afin de réduire la distance entre leurs lieux de vie. Auparavant, lorsqu'il vivait dans cette maison avec ce jardin dont il « ne s'occupait absolument pas », sa mère explique avoir fait souvent le détour en voiture, pour « vérifier discrètement s'il était bien rentré ». Depuis cet emménagement, le fils passe tous les jours, et vient d'ordinaire dîner. Sachant que ce dernier « est un peu

diabétique », qu'« il se nourrit un peu en dépit du bon sens » et qu'il se sent « plus sécurisé » dans cette configuration, ils ont pris la décision de s'installer dans cette configuration qu'ils pensaient « qui lui conviendrait mieux ».

À mesure que la capacité à remplir les attentes formelles concernant la capacité à se conduire en individu diminue, l'intervention informelle des proches croît[180], afin de maintenir le *mythe* de son autonomie. Ce souci, qui organise la provision de supports, ne s'inscrit pas dans le vide social ou dans de seules coordonnées affectives, il me semble soutenu par des cadres idéologiques et moraux très importants. En effet, la charge du souci, partie prenante d'une partie de la régulation de la question psychiatrique, semble être inscrite dans un cadre idéologique particulier, celui de l'idéologie sectorielle de la famille.

4.4. L'idéologie sectorielle de la famille

Afin d'instruire empiriquement mon propos, commençons par un extrait de carnet de terrain. Il s'agit d'une scène se déroulant lors d'une audience portant sur la confirmation d'une hospitalisation contrainte urgente pour raison psychiatrique dans le cadre de la loi de protection de la personne des malades mentaux[181].

---

[180] Celle-ci est opérée avec un grand souci de normalisation des rapports et de la situation. En effet, la préservation de la face du fauteur de trouble, menacée par les réponses unilatérales au trouble qu'il génère, constitue un enjeu majeur dans cette relation asymétrique de soutien qui contrevient franchement aux présupposés qui organisent le cadre relationnel entre adultes dans une société démocratique.

[181] Je reviens largement sur cette question des audiences dans le chapitre 7.

Juin 2019, dans un service psychiatrique bruxellois. L'audience porte sur l'hospitalisation de Louna B., jeune femme d'une trentaine d'années, enceinte de 7 mois et demi. Quelques jours auparavant, elle aurait fait une décompensation psychotique lors d'un examen gynécologique. Ce n'est pas sa première hospitalisation psychiatrique.

Les deux sœurs de Louna B. l'accompagnent. Elles ne l'avaient pas vue depuis plus de deux ans, et n'étaient pas au courant de sa grossesse. Leurs parents ne sont pas présents à l'audience. On apprendra au cours des débats qu'ils ont coupé les ponts avec Louna B., n'ayant pas accepté la relation avec son compagnon et de manière plus générale, ses « choix de vie ». L'avocate et l'infirmière sociale complètent l'assemblée.

La parole est donnée à la psychiatre pour expliquer le « cas » dont on a à juger. Elle mentionne les « idées suicidaires très présentes » et les « voix très envahissantes ». Elle dit à quel point les « intervenants sont dépassés », cela d'autant plus que « ses parents ne veulent plus entendre parler d'elle ». La juge réagit, dans un soupir : « ah… donc pas de filet thérapeutique… »

Après avoir brièvement donné la parole aux autres personnes, la juge conclut à la nécessité d'une hospitalisation contrainte. Louna B. fond en larmes. Une des sœurs intervient avec virulence : « Vous voulez son bien en allant contre sa volonté ! Vous voulez la protéger, mais ici elle va devenir folle ! » La psychiatre lui répond, avec colère : « C'est facile ça ! Vous n'étiez pas là ! Où étiez-vous ses 4 dernières T.S. ? Proposez une alternative ! Proposez ! » La juge intervient, calmant le jeu, elle s'adresse à la sœur : « madame, je comprends votre souci

pour votre sœur ! Mais là, la situation fait que… Je n'ai aucun jugement de valeur, mais votre famille ne peut l'accueillir, il n'y a pas d'alternative. »

C'est la charge émotionnelle et morale des réponses des intervenantes face au refus d'un accueil de Louna B. dans sa famille qui constituera une première piste ici. Elle me permet en effet une entrée empirique dans l'idéologie de la famille qui organise moralement les pratiques d'administration des troubles. En effet, tant le regret (« pas de filet thérapeutique ») que l'indignation (« C'est facile ça ! »), le reproche (« Où étiez-vous ? ») ou encore la résignation finale de la juge (« il n'y a pas d'alternative») semblent constituer des éléments, discursifs ou non, qui participent d'une certaine conception idéologique de la « famille » et des obligations qui la caractérisent. Les deux intervenantes sont menées à expliciter les attentes ou hypothèses qui organisent leur conception de ce que devrait être le comportement de la famille, parce que celles-ci ont été déçues. Bien que jamais explicitement exprimée, la « famille » constitue une catégorie interprétative omniprésente dans le discours, charriant une série d'obligations naturelles et de comportements attendus.

L'audience observée vise à juger de la conformité légale du cas d'espèce. Cette décision est opérée en vertu des critères légaux, notamment celui du « défaut de tout autre traitement approprié »[182], faisant de ce type

[182] Loi du 26 juin 1991 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 2.

d'enfermement thérapeutique une « mesure de dernier recours » (Emerson, 1981). La structure logique du jugement du dernier recours (*try-all-else attitude*) repose sur la prémisse de l'indisponibilité ou l'ineffectivité des solutions normales et préférées. La décision d'hospitalisation contrainte se base sur une évaluation de la « faisabilité » (*tenability*) de l'accueil dans la famille, en tant qu'elle est une solution de premier choix (Holstein, 1988a). On peut donc conclure que les mentions faites à plusieurs reprises à l'impossibilité de cette solution valent à la fois comme justification de la décision prise, mais aussi comme une expression de ce qui serait normalement une solution préférable. Ce n'est alors pas tant la structure argumentative utilisée par les intervenantes qui est en soi intéressante que ce qu'elle montre de la hiérarchie morale des solutions face à un « cas » de maladie mentale.

4.4.1. L'idéologie de la famille

La normativité sous-jacente au discours des intervenantes participe à l'imbrication organisationnelle (*organizational embeddedness*) de la famille dans le système de soin (Gubrium, Holstein, 1993). En ce sens, la réaction des intervenantes peut être considérée comme rappel à l'ordre des sœurs à leurs responsabilités et obligations familiales dans ce type de situation. On le voit, le soin et l'accompagnement des personnes vulnérables sont insérés dans un cadre normatif, dont la transgression appelle une sanction morale. À partir du contenu de cette altercation, on peut identifier, semble-t-il, plusieurs éléments normatifs qui soutiennent ce discours :

1. Dans certaines circonstances, les soins dans le milieu familial et les soins en milieu hospitalier peuvent constituer des équivalents fonctionnels sur un plan thérapeutique ;
2. Les soins dans un milieu familial sont préférables aux soins en milieu hospitalier, dans certaines circonstances ;
3. En tant que « famille », la famille devrait naturellement proposer d'organiser les soins dans le milieu familial.

Cet ensemble non exhaustif d'attentes morales, je considérerai qu'elles constituent une version sectorielle de ce que Bernardes (1985a) qualifie d'« idéologie de la famille ». Celle-ci réfère à un ensemble de croyances, de valeurs et d'attitudes qui légitiment certains arrangements institutionnels, une division morale et concrète des tâches ainsi qu'une répartition des rôles. En ce sens, on peut considérer que cette idéologie organise l'« enrôlement »[183] des familles dans le travail de traitement, dans le sens où elle permet la mise en ordre des activités situées, privées et non professionnelles par leur intégration dans un discours fait d'obligations morales et de modes

[183] L'imaginaire militaire que convoque la notion d'« enrôlement » permet de saisir l'idée d'une intégration à un système orienté par une finalité préexistante et ne dépendant que très peu des finalités propres des éléments. Cependant, cette intégration n'est pas tant disciplinaire qu'elle ne repose sur les inclinations morales et affectives des personnes. L'enrôlement des proches se fait généralement au nom du *souci* qu'il éprouve pour le malade. La notion permet alors également d'approcher les modalités de cette intégration : celle-ci se fait par l'endossement du « rôle », c'est-à-dire l'acquisition d'une série de dispositions pratiques stéréotypées et congruentes avec des prescriptions morales.

d'imputation de responsabilité. Ces représentations partagées sur ce que devraient être la « famille » et le lien familial s'insèrent dans des conceptions de l'ordre social et renforcent les suppositions idéologiques en matière de division du travail (au sein de la famille et sur un plan macrosocial) ainsi que concernant les manières de distinguer entre ce qui appartient à la sphère privée et ce qui relève d'une responsabilité publique[184].

4.4.2. Responsabilité familiale et solution préférée

Comme je l'ai souligné, l'idée de la « famille » n'est pas qu'une étiquette descriptive neutre, il s'agit plutôt d'un modèle à la portée idéologique forte, qui affecte les personnes à des rôles, des pratiques et des types d'engagements. Définir la relation en des termes familiaux, c'est l'inscrire dans un complexe d'obligations morales dont il est difficile de se défaire, à moins d'assumer les sanctions sociales corrélatives ; ce qui participe de l'organisation sociale du traitement des personnes porteuses d'un trouble psychiatrique. Il convient cependant sans doute de dessiner plus finement les ressorts moraux de cet enrôlement. Comment les personnes interprètent-elles les situations de vulnérabilité d'un membre de la famille à partir d'une idée de responsabilité morale ? Voyons comment Susan L. qui s'occupe depuis quelques années de son mari diagnostiqué

[184] L'idéologie de la famille constitue un soutien majeur au « mythe » de l'indépendance et de l'autonomie individuelles (Fineman, 1995), ce que Barrett et McIntosh (1982) résument dans une formule lapidaire : « *Individualism* = *Familism* ».

« dépressif » interprète et qualifie son expérience d'épouse :

> Mon statut ? Je suis une compagne platonique. Je suis une compagne platonique, je suis son infirmière et je suis sa mère […] Comme on dit « on s'est mariés pour le meilleur et pour le pire ! » Tu ne peux pas abandonner quelqu'un. […] Bon, il y a bien des moments où j'en ai marre et où je me dis que je suis coincée ! Mais je ne peux même pas… Je ne pourrais pas m'imaginer me séparer de lui par exemple, parce qu'il est malade…

On saisit là tout le poids de l'obligation morale de soutien, et le poids du rôle d'épouse : être présente et soutenante, « pour le meilleur et pour le pire ». La qualification du lien entre la personne vulnérable et l'aidant en termes de rôle familial charge la relation d'une série d'obligations, notamment de prise en charge des coûts, tant financiers qu'émotionnels, qu'implique la participation au traitement d'un proche. On objectera qu'au froid discours de la responsabilité et l'obligation, il faudrait opposer celui de l'amour et de la sollicitude. Celui-ci correspond d'ailleurs à l'expérience de Susan L. qui justifie son engagement vis-à-vis de son époux dans ce registre : « Quand tu aimes quelqu'un, tant pis. Tu l'aimes, à tort et à travers ! » Outre le fait que l'idée romantique de l'amour est une composante décisive de l'idéologie de la famille et qu'elle doit, du reste, être inscrite dans un contexte sociohistorique précis (Bernardes, 1985b), la sincérité des sentiments et de la sollicitude n'est pas contradictoire avec l'hypothèse de leur instrumentalisation dans le cadre d'une transformation de la répartition du travail, de la

responsabilité et des coûts de la prise en charge de la vulnérabilité psychique entre familles, marché et État, c'est-à-dire d'une transformation de la régulation. Autrement dit, « aimer quelqu'un » pourrait impliquer la responsabilité de l'adresser à un service spécialisé ou de l'emmener à l'hôpital, plutôt que celle d'endosser le rôle d'« infirmière » et de « mère » en plus de celui de « compagne ».

La force de l'assignation morale apparaît plus fortement encore dans le récit de Maria F. lorsqu'elle rend compte de la cohabitation avec son fils, diagnostiqué schizophrène. Le lien maternel est vécu comme un piège dont elle ne peut s'échapper, une contrainte morale dont elle voudrait pouvoir se détacher.

> Au jour le jour, je suis dans la fuite. Je quitte la maison. Comme il dort la matinée, je peux rester chez moi, je fais la machine à laver, la cuisine, je range, etc. Mais dès qu'il se réveille, je sors. […] La seule porte de sortie que je vois, c'est qu'à un moment je disparaisse. Que je prenne un avion et que je parte. Un peu comme les femmes qui subissent des violences. […] Parce qu'en tant que mère, peut-être un jour arriverai-je à le voir à la rue, ou à vivre avec l'idée qu'il se tue. Un jour peut-être j'arriverai à ce détachement. Mais j'en suis loin ! Et je paie un prix horrible pour ça !

Ici encore, la saillance de l'idéologie de la famille telle que je l'ai définie apparaît en tous points. Dans le discours de Maria F., on retrouve la contrainte morale de la responsabilité familiale, signalée par le sentiment de culpabilité dans le cas de sa transgression. On perçoit

également à quel point l'accueil en famille est perçu comme « solution de premier recours », et dans ce cas, comme unique solution envisageable : soit l'accueil familial, aussi invivable soit-il, soit la rue ou la mort. L'idée d'une prise en charge résidentielle ou hospitalière est absolument absente de la réflexion sur les moyens de gérer la maladie mentale d'un proche.

En l'absence d'alternative de soins, et en deçà de la démonstration d'une certaine dangerosité, la famille apparaît comme récipiendaire de la charge principale de l'aide au malade. On peut, sur cette base, caractériser l'« idéologie de la famille » en matière psychiatrique de manière plus spécifique. En ce qui concerne les questions de soin et d'accompagnement, la responsabilité familiale de fournir de l'aide au malade, sous-tendue par les éléments normatifs identifiés au-dessus, est obligatoire moralement dès lors que les circonstances sont caractérisées par deux dimensions :

1. Aucune alternative préférable à l'accueil familial ne peut être envisagée. Cette absence d'alternative peut avoir de multiples motifs : méconnaissance, difficulté d'accès, refus du malade, indignité ou violence de l'alternative.
2. Les manifestations de la maladie ne sont pas objectivement et intrinsèquement suffisantes pour permettre de justifier une réaction sécuritaire.

Dans ce type de circonstances, les proches sont enrôlés comme auxiliaires psychiatriques, chargés d'effectuer un

« travail » psychiatrique en dehors des éventuelles prises en charge hospitalières.

4.4.3. Dimensions émotionnelles de l'idéologie de la famille : angoisse et culpabilité

Ce que j'ai qualifié d'« idéologie sectorielle de la famille » constitue une catégorie analytique large pour rendre compte d'une série de discours, de valeurs et d'émotions qui organisent de manière plus ou moins cohérente les pratiques familiales de traitement psychiatrique. Les émotions rapportées par les proches constituent de ce fait un excellent analyseur de cette idéologie, dans le même temps qu'un facteur déterminant de leur expérience pratique et morale de la situation. Sur le plan de l'analyse, les émotions peuvent en effet constituer une « sonde des valeurs, au sens où elles nous révèlent ce à quoi nous sommes attachés » (Quéré, 2021 : 201).

Deux ensembles typiques d'émotions sont présents de manière systématique dans les récits d'expérience des proches : l'inquiétude et la culpabilité. Ces émotions sont importantes parce qu'elles constituent les dimensions personnelles de l'actualisation pratique de l'idéologie de la famille (déterminée à un niveau d'analyse théorique). L'inquiétude et la culpabilité semblent être les facteurs de mise en pratique de la préférence pour l'accueil familial, et donc du travail nécessaire au traitement des états pathologiques. En ce sens, on pourrait dire que ces deux manières de ressentir, d'apprécier et d'évaluer les situations vécues constituent des manières plus ou moins immédiates de définir les engagements et les

investissements des personnes. Autrement dit, le fait de ressentir de l'inquiétude et de la culpabilité face aux situations psychiatriques dans la sphère familiale est constitutif de la participation des proches au « traitement» par la provision d'un « travail » de soin et d'accompagnement.

4.4.3.1. Inquiétude et angoisse : enclencher le traitement pour contrer l'inquiétude

L'inquiétude est une émotion caractéristique de l'expérience que l'on retrouve dans la plupart des discours des proches. Comme le note David F., ex-compagnon d'une femme d'une trentaine d'années, hospitalisée de manière contrainte à deux reprises :

> J'ai développé, ce qu'à peu près tous les gens qui [vivent cela] expliquent, c'est cette espèce d'anxiété diffuse, d'angoisse diffuse, qui tient tous les gens qui ont un proche schizophrène à qui ils tiennent un minimum. C'est qu'une fois que vous avez conscience de ça, je ne sais pas comment ça se fait, mais vous avez une angoisse diffuse, parce que comme c'est des maladies qui rendent les gens totalement imprévisibles à tous les niveaux, on peut très bien vous appeler à 2 h du matin en vous disant : « Mona a disparu, elle traîne en rue » ou « elle a pris un avion » […]

Il semble que cet état d'anxiété soit en effet une modalité centrale de l'expérience de proche. Celle-ci est notamment

liée à l'appréhension de ce que les professionnels appellent un « passage à l'acte[185] ».

Il convient ici de caractériser quelque peu les dispositions qui sont liées à cette inquiétude familiale, l'inscrivant dans une théorie du jugement et de l'action. Face à une rupture du cours normal des choses — ce qui correspond à l'émergence d'un trouble dans la sphère domestique — naît une nécessité de production d'un jugement d'évaluation, permettant d'y lier une action : un accroc ou une expérience négative nécessitent une reprise des éléments saillants de la situation pour la problématiser et ajuster les conduites futures. Dans ce cadre, l'inquiétude constitue une affection un peu particulière. Les jugements d'évaluation *simple* peuvent être ramenés à des notions de confiance[186] : la conjoncture future est liée à l'action présente par une posture de réduction de l'incertitude. La confiance consiste en effet en cette disposition d'action qui résulte de la *décision* de faire comme si la pièce allait nécessairement tomber du côté pile. L'inquiétude c'est à

[185] Le « passage à l'acte » définit tout type de comportement qui attente aux personnes ou au bien, il peut être de type autoagressif (porté par le malade sur lui-même) ou hétéroagressif (à l'encontre des *autres*). Il s'agit de la catégorie centrale qui inscrit la question psychiatrique dans un horizon de gestion des risques, ainsi qu'une préoccupation sécuritaire. Il semble être l'un des marqueurs de l'enclenchement des familles sur l'institution psychiatrique, par son usage dans les discours. Par-là, les proches ne font pas qu'adopter un discours, mais aussi une manière de configurer le trouble, en définissant les voies de remèdes ou de contention particulières. Ils traduisent en ce sens les sentiments négatifs et le malaise ressenti face à la situation vécue en des modes relationnels déjà cadrés institutionnellement (c'est-à-dire en discours, mais aussi en pratique).

[186] Sur ces questions, on se référera au travail de Struelens (2021) qui lie de manière très féconde les questions de la confiance et de la production de jugements de droit.

l'inverse le « choix » de s'en tenir à une posture expectative, puisqu'on ne peut savoir de quel côté s'arrêtera la pièce de monnaie — certaines raisons me poussent à croire qu'elle tombera sur pile, mais d'autres raisons me montrent qu'il est difficile de prendre le risque d'agir en fonction d'une telle assurance. Dès lors, l'indécision sur les résultats futurs de la situation vécue pousse au développement d'actions de compensation, surtout celle de rechercher à tout instant des éléments dans l'expérience qui permettent de *décider* de l'évolution future. Il s'agit donc de maintenir un état perpétuel d'alerte, ou d'enquête, pour contrôler les évolutions probables et les conséquences encore indécidables.

Lorsque les proches parlent de l'« angoisse diffuse », ils évoquent dès lors certes un état émotionnel particulier, mais aussi un ensemble de pratiques qui lui sont corrélées. Ces dernières reposent sur une disponibilité accrue pour organiser les activités de soin, mais aussi de contrôle. On mentionnera ici le cas de Saimaa T. et de sa jeune fille, hospitalisée de manière contrainte dans le courant de l'année 2021 à la suite d'une décompensation psychotique. Saimaa T. au cours de cette même période subit un lourd protocole chimiothérapique pour un cancer du foie, accompagné d'un traitement médicamenteux pour soulager ses douleurs. Pourtant, elle explique refuser de le suivre lorsqu'elle accueille sa fille pendant ses sorties de l'hôpital. En effet, le traitement, bien qu'apaisant les douleurs la met dans un « état comateux » qui ne lui permet pas de « rester alerte » les nuits pendant lesquelles sa fille est à la maison. Trop inquiète qu'elle « fuie la maison » ou

qu'elle « disparaisse pendant la nuit », elle *préfère* assurer la garde de sa fille, quitte à souffrir et à se mettre en danger. Certes, il s'agit là d'un cas limite, mais qui semble montrer d'une manière éloquente les dispositions liées à la posture inquiète. L'inquiétude des proches constitue un état émotionnel propice au maintien d'une vigilance et d'une alerte, particulièrement commode dans le cadre d'un déport de la charge du soin, du gardiennage et du contrôle des malades vers leurs familles. Le « traitement » psychiatrique repose dans ce cas sur la participation de proches, initiée, on le voit, non tant par un mandat, comme c'est le cas des professionnels, que par la constellation des affects « inquiets », « mal à l'aise » ou « pas trop rassurés » qui marquent leur expérience.

En outre, cette inquiétude constitue un levier de pénétration pour les logiques institutionnelles. Il me semble en effet pouvoir déceler de fortes logiques affinitaires entre l'inquiétude et la propension à endosser le rôle de relais vis-à-vis des modalités de traitement professionnelles et professionnalisées. Les discours et savoirs psychiatriques trouvent en effet une surface d'application dans l'inquiétude des proches. L'inquiétude due aux contextes d'incertitude constitue alors un terrain fertile pour la construction de la légitimité des savoirs et des modes d'intervention psychiatriques. Comme le note un couple de parents, à propos de leur fille diagnostiquée bipolaire : « on ne sait pas quoi faire, on est démunis, on voudrait tellement qu'elle soit heureuse ».

4.4.3.2. Culpabilité : faute et trahison

L'expérience des proches, organisée par l'idéologie de la famille, est aussi colorée par une autre tonalité déterminante : celle de la culpabilité. Il s'agit en effet de l'un des ressorts centraux de la mobilisation des familles. Dans le discours des proches, la question de la culpabilité est double : la culpabilité par rapport à la situation et la culpabilité par rapport à l'idée d'être incapable de prendre en charge le proche vulnérable. Ces deux formes de culpabilité se répondent et participent largement de l'activation du souci et de l'enrôlement des proches. La première débouche sur un discours articulé à l'idée d'« avoir sa part » de responsabilité dans la situation et celui de prendre sa part de responsabilité face à la situation. La seconde s'organise autour de la catégorie de la trahison à l'égard du proche malade, impliquant généralement une plus grande propension des proches à « prendre leur part » du travail nécessaire dans le traitement.

En un sens, je pourrais dire qu'en matière psychiatrique, l'idéologie de la famille repose en grande partie sur ce sentiment de culpabilité développé par les proches. La manière d'appréhender la maladie mentale d'un proche est très marquée par le questionnement sur ses « torts » ou ses « fautes », en tant que parents avant tout. Ainsi, dans les récits des proches, on voit comme cette culpabilité constitue un vecteur central de responsabilisation des proches. Comme l'exprime parfaitement Silvia D., dont la fille a été diagnostiquée schizophrène : « on est tellement culpabilisés qu'on dit oui à tout ».

Cette culpabilité peut prendre diverses formes. Dans un contexte culturel où la famille est devenue le lieu légitime de l'investissement dans l'enfant, les parents rendent compte du moment du diagnostic comme un moment où « le ciel nous est tombé sur la tête » ou « le monde s'écroule ». Il correspond souvent à la nécessité de repenser l'avenir des enfants, de la famille et de soi au regard de cette nouvelle donnée, nécessairement évaluée de manière négative. En effet, une mère exprime la difficulté de ce moment en ces termes : « on doit se situer en tant que parents, parce qu'on avait des rêves pour nos enfants ». Ainsi, il s'agit de prendre en compte cette nouvelle configuration ; essentiellement négative, et ce, malgré « tout ce qu'on a fait pour lui… ».

La psychiatrisation des troubles s'accompagne généralement d'un sentiment de culpabilité qui engage à fournir un travail de compensation et de réparation. L'idée d'une part de responsabilité dans la situation pousse les personnes à prendre une part non négligeable dans le travail de réparation — en l'occurrence, on l'a vu, de traitement psychiatrique. L'observation des groupes de parole de proches montre la prégnance de ce sentiment de culpabilité, pas toujours atténuée dans les interactions avec les intervenants professionnels. Dans le cadre d'une relation conjugale, on peut également retrouver les traces d'une forme de culpabilité. Celle-ci ne concerne pas tant le tort en tant que responsabilité causale de l'état d'un malade, mais la crainte qu'un comportement inadéquat, tel qu'un abandon, n'empire la situation déjà critique. Ainsi,

Susan L. exprime sa crainte de n'être pas assez présente pour son mari :

> Mais ça me fait vraiment beaucoup de mal de le voir comme ça, et je me dis qu'il faut que je l'aide. Il faut que je sois présente. Combien de fois je n'ai pas annulé quelque chose parce que je sentais qu'il n'était vraiment pas bien, et qu'il allait être encore plus angoissé à l'idée d'être tout seul ?

À ces premières formes de culpabilité familiale, qui s'articule autour de l'idée d'une responsabilité causale dans la maladie, s'ajoute une culpabilité par rapport au fait de trahir le proche malade en requérant une intervention « dans son dos ». Certes, je l'ai souligné, l'inquiétude par rapport à la situation pousse les personnes à rechercher des modalités de résolution qui les amènent souvent vers le traitement médical. Néanmoins, la volonté de ne pas trahir la confiance d'un proche ou l'évaluation très négative des modalités concrètes de la prise en charge institutionnelle tendent à retarder la requête d'une intervention formelle. Dans l'intervalle, les familles prennent en charge le traitement, sur des bases plus informelles, jusqu'à l'épuisement et l'essoufflement de toutes les ressources parfois.

Les proches tendent à souligner à quel point la demande d'une hospitalisation, même lorsqu'elle est reconnue comme la seule solution valable, est prise à reculons. Ainsi, une mère note à quel point « c'est très violent d'avoir à faire la demande, moi je pleurais toutes les larmes de mon corps ». De même Saimaa T. explique à quel point l'hospitalisation contrainte « est terriblement traumatique

pour une gamine de 18 ans », ce qui la pousse à se rendre toujours disponible pour les sorties et à espérer, bien qu'elle sache à quel point cela impliquera des sacrifices et des difficultés pour elle, qu'elle puisse au plus vite sortir.

L'évaluation négative de nombreux proches sur ces « centres psychiatriques sordides », ces lieux des soins « à la chaîne » où on se « fout » du patient et de sa famille, accroît la difficulté à envisager une hospitalisation pour un proche, quand bien même celle-ci permettrait de « souffler un petit peu » ou de « calmer l'angoisse ». Ainsi, Susan L. exprime cette ambivalence vis-à-vis de l'hospitalisation de son mari, qui souffre d'une dépression sévère.

> D'un côté, je me sens rassurée qu'il soit à l'hôpital, et d'un autre côté, je ne me sens pas bien par rapport à ça ! Je ne me sens pas bien, je me dis que ce n'est pas vraiment le milieu qui lui convient.

Il semble alors que sur le socle de cette culpabilité se déploie l'idée que l'accueil en famille est préférable, peu importe les sacrifices qu'il peut nécessiter.

5.
LA DÉCOUVERTE DES DROITS DANS LES RELATIONS TROUBLÉES : INDIVIDUALISME POSSESSIF ET LUTTES DÉFINITIONNELLES

> Les plus magnifiques portes sont celles derrière lesquelles ont dit : « Ouvrez, au nom de la loi. »
>
> André Breton et Philippe Soupault, *Les Champs magnétiques*

La régulation de la question psychique repose sur certains modèles anthropologiques et politiques qui constituent l'environnement culturel (signes, symboles, routines, etc.) et normatif (contraintes, capacité d'action, etc.) des processus micro-politiques. Je l'ai vu dans les chapitres précédents, tant le repérage et la qualification d'un problème psychopathologique que les formes pratiques des réponses qui peuvent y être apportées doivent être considérés comme déterminés, en partie du moins, par des conditions sociales non réductibles à ce qui se joue dans l'interaction. Le problème psychopathologique émerge à travers le détachement d'une figure *anormale* sur l'arrière-fond conventionnel : il constitue une hypothèse, parmi d'autres, pour rendre compte d'une transgression vis-à-vis des modèles anthropologiques et politiques qui déterminent ce que

devrait être une personne, ses conduites et ses rapports aux autres et au monde social. Les réponses et voies de résolution possibles face à ce problème sont également configurées par ces modèles : il ne viendrait plus à l'idée de préconiser une lobotomie pour venir à bout des turpitudes d'une jeune fille jugée *dévergondée,* alors même qu'il s'agit, du point de vue strictement pragmatique[187], d'une excellente solution pour mettre fin à des conduites déviantes. Les micro-politiques du trouble, et d'une manière générale, la régulation de la question psychique, sont donc infléchies, affectées ou prédisposées par certains modèles sur ce qu'est (ou devrait être) la personne ainsi que sur ce que sont (ou devraient être) les rapports sociaux.

Ainsi, les formes de réponses interprétatives et pratiques au trouble doivent être situées dans un « espace social », non dans un seul *espace interactionnel*. Que l'on se penche sur l'« histoire de la folie à l'âge classique » pour rendre compte de cet « espace social » dans lequel sont, à chaque période de l'histoire, situés le trouble et la maladie. Michel Foucault (2007) retraçait en ce sens l'évolution historique, entre le Moyen Âge et le 18e siècle, des manières d'appréhender, et donc de traiter, la maladie :

> Depuis le Moyen Âge jusqu'à la fin de l'époque classique, [l'espace social dans lequel est située la maladie] était resté homogène. Tout homme tombé dans la misère et la maladie avait droit à la pitié des autres, et à leurs soins. Il

[187] En vérité, Dewey (2011) a montré dans son étude sur la morale que les jugements d'évaluation portaient tant sur les fins visées que sur les moyens pour y parvenir.

> était universellement proche de chacun ; il pouvait à tout instant se présenter à tous. […] Le XVIIIe siècle au contraire fragmente cet espace, et y fait apparaître tout un monde de figures limitées. […] L'espace social de la maladie est fragmenté selon une sorte d'économie du dévouement, de telle sorte que le malade ne peut plus concerner tout homme, mais seulement ceux qui appartiennent au même entourage que lui : voisinage dans l'imagination, proximité dans les sentiments. L'espace social de la philanthropie ne s'oppose pas seulement à celui de la charité, comme un monde laïque à un monde chrétien — mais comme une structure de discontinuité morale et affective qui distribue les malades selon ses domaines séparés d'appartenance à un champ homogène, où chaque misère s'adresse à chaque homme selon l'éventualité toujours livrée au hasard, mais toujours significative, de son passage. (p. 520)

Peu importe ici la validité historique des thèses foucaldiennes — souvent critiquées du reste (Gauchet, Swain, 1980 ; Bartlett, Wright, 1999 ; Majerus, 2018). Ce qui me semble intéressant, c'est plutôt la perspective méthodologique qu'elles assument, celle qui vise à inscrire l'expérience de la maladie dans « le cheminement mystérieux des structures mentales d'une civilisation» (Braudel, 1962, p. 771). En ce sens, l'hypothèse historique de Gladys Swain (1977), souvent présentée comme opposée à celle de l'exclusion foucaldienne, serait riche des mêmes enseignements, puisque c'est en vérité la portée sociologique de ces thèses qui est importante ici. Celles-ci tiennent en une phrase sans doute : l'expérience de la folie, et du trouble comme folie, ne peut être comprise qu'à partir des manières générales

d'appréhender la personne, ainsi que les rapports qu'elle entretient avec d'autres personnes et avec les institutions, à un moment donné de l'histoire, et dans une société particulière.

Que l'on on adopte les thèses de Foucault sur la naissance de la clinique psychiatrique comme une spécialisation et une spécification de la structure d'exclusion de la société, ou à l'inverse, celle de Swain comme relevant justement d'un geste d'inclusion démocratique, la détermination pratique des modèles anthropologiques et politiques disponibles dans une société reste une hypothèse valable. En d'autres termes, il s'agit de considérer la validité de « l'équation folie = politique » (Gauchet, Swain, 1983, p. 77). De ce fait, peu importe que la naissance de la clinique soit révélatrice des structures d'exclusion fondamentales des sociétés modernes ou, à l'inverse, de leur mouvement *tocquevillien* d'inclusion démocratique. Ce qui compte en cette matière, c'est de cerner l'intrication entre les formes de régulation de la question psychique et les coordonnées anthropologiques et politiques d'une société, à un moment historique donné.

Or, ces coordonnées sont avant tout formulées par le droit, en particulier dans le cadre de ce qu'il convient d'appeler, avec la littérature, une « juridicisation » des pratiques en santé mentale. En effet, comme je l'ai vu dans l'introduction de cette thèse, le droit est devenu un référentiel central dans la régulation de la question psychique, et cela d'une manière particulière, essentiellement à partir de la dotation de *droits* à la personne (Fennell, 2008 ; Legemaate, 2008 ; McSherry,

Weller, 2010 ; Szmukler *et al.*, 2014). En ce sens, cette juridicisation peut être qualifiée de « constitutive » au sens d'Eric J. Mitnick (2000), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas tant être appréhendée par sa dimension régulative ou prescriptive que par ses dimensions symboliques et instituantes, déterminantes des identités et des relations sociales[188]. En émerge un « *rights-based legalism* » participant de la constitution d'un sujet et de principes de liaison, entre les individus entre eux, et entre les individus et la puissance publique (ou ses agences). Cette prise d'importance des droits a participé d'une transformation des relations entre patients et intervenants, médicaux ou psychosociaux, et des formes des interventions formalisées (Fennell, 1986 ; Desmedt, 1994 ; De Munck *et al.*, 2003 ; Benoît, 2011). Cependant, et cela a peut-être moins été investigué, il semble qu'elle soit également déterminante des manières dont, en deçà des radars institutionnels, les personnes se saisissent des situations troublées dans leur environnement, les problématisent et tentent d'y remédier, avec ou sans appel à des agences officielles.

De ce fait, il semble nécessaire d'envisager l'idée d'une « sociologie politique du droit » (Commaille, 1994), qui met en lumière l'intrication fondamentale entre les

[188] Cette dimension « constitutive » sera précisée et mobilisée dans ce chapitre. On peut toutefois noter ici qu'elle peut être vue comme une constitutionnalisation des relations sociales de pouvoir, visant la protection légale des personnes (Loick, 2014). Jurgen Habermas (1986) propose notamment une lecture historique intéressante de la juridicisation à travers sa participation à la constitution de relations sociales conformes à l'idée d'un État constitutionnel (social et) démocratique.

processus du juridique et du politique (on se permettra d'ajouter la vie quotidienne), réputés strictement séparés dans les théories libérales classiques. C'est cette sociologie (micro) politique du droit qui constitue le cœur de mon projet dans ce chapitre. Partant du fait historique de la juridicisation, c'est-à-dire d'une montée en puissance de référentiels juridiques, je tenterai de voir en quoi le droit constitue un principe de configuration des situations sociales, en l'occurrence des micro-politiques du trouble. Mon hypothèse est que le droit psychiatrique récent, notamment la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, reflète certaines conceptions anthropologiques et politiques. Ces dernières peuvent être déterminantes, à différents niveaux, des formes de régulation de la question psychique.

Ce chapitre concernera donc l'importance des dimensions constitutives du droit lors de l'émergence d'un trouble sur des scènes familiales. Basé sur les entretiens et l'analyse des documents récoltés, il entend montrer le travail des proches lorsqu'ils font face à un trouble dans des relations décrites comme familiales. Au cours de la problématisation psychiatrique du trouble, la configuration légale des relations est peu à peu activée, ou « découverte », au gré du travail réalisé par les proches, de leur essoufflement aussi, mais surtout de l'intervention de certains intermédiaires. Cette configuration légale doit être pensée en articulation avec les formes de régulation des problèmes psychiatriques, qui implique des conceptions particulières de ce qu'est le trouble mental et de ce que

sont les responsabilités afférentes aux divers acteurs impliqués (division du travail entre la personne, ses proches, les institutions). Elle émerge surtout à la faveur de l'appel à des tiers (tiers informel, police, corps médical, etc.) qui sont autant d'« intermédiaires » du droit, réaffirmant les coordonnées légales qui organisent la situation et sa régulation. On verra alors qu'une fois la problématisation psychiatrique plus ou moins stabilisée, les proches découvrent la configuration légale comme s'articulant à une certaine « possession » de soi et de ses problèmes, c'est-à-dire une distribution particulière du pouvoir de définir ce qu'il se passe et de la responsabilité de *faire quelque chose*[189]. La possession individuelle des problèmes psychiatriques induit une régulation basée sur la participation active et responsable des personnes et de leurs familles, ancrée notamment, comme je l'ai montré dans le quatrième chapitre, dans une idéologie sectorielle de la famille et activée à travers une série de motivations subjectives (souci, culpabilité). La propriété légale de soi et de ses problèmes (déclinaison de l'individualisme possessif) potentialise un mode de régulation privée, basée sur une intervention conditionnée au consentement, et même plus, à la demande de l'individu.

5.1. Droit psychiatrique : saisir la personne à partir de ses droits

[189] On retrouve ici la structure duale de la problématisation, telle que présentée au chapitre 2 : imputation d'une responsabilité du fait observé, implication d'une responsabilité de faire.

Il convient de préciser certaines choses concernant cette *prise d'importance* du droit, que ne permet pas de saisir l'historiographie basée sur l'opposition binaire entre légalisme et médicalisme. En effet, l'idée sous-jacente à ces modèles historiographiques est celle d'une alternance entre périodes d'éruption juridique et périodes de reflux du droit. Elle conçoit une histoire faite d'intermittence entre autorité incontestable et disparition : certaines périodes seraient celles d'une hégémonie juridique, dans laquelle nous serions à nouveau entrés depuis la fin du siècle passé, d'autres, celles de l'empire d'autres normativités (en l'occurrence, souvent médicale).

Cette conception semble néanmoins problématique. En effet, elle ne saisit pas le rôle crucial du droit pour les relations sociales dans l'État moderne, et le fait qu'il n'y a pas, dès lors, d'éclipse du droit. L'idée d'une opposition entre droit et médecine est tronquée : le droit a toujours constitué un cadre de référence dans la pratique de la seconde. En effet, les pratiques psychiatriques ont toujours été articulées à des conceptions juridiques sur ce qu'est l'individu capable, et comment il peut être un sujet légal ou citoyen (De Munck, 2002 ; De Munck *et al.*, 2003), ou sur l'ordre public.

Il semble cependant que la dernière poussée de juridicisation a eu ceci de particulier qu'elle était articulée à une forme particulière d'organisation des relations sociales, celle des droits (*rights*). Les référentiels juridiques ont acquis une place centrale dans les modalités d'administration de tels problèmes, menant progressivement à l'avènement de formes de régulation

« basées sur les droits ». C'est alors ce que je voudrais évaluer dans ce chapitre : comment la prise d'importance des droits, incarnée notamment par deux moments législatifs importants en Belgique[190], affecte la régulation de la question psychique saisie à partir de ses opérations micro-politiques constitutives ?

5.1.1. La loi du 26 juin 1990 : protection de la personne des malades mentaux

Pour rappel, en Belgique, le mouvement de juridicisation des pratiques psychiatriques commence réellement avec la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental. Celle-ci définit les conditions sous lesquelles la privation de liberté à des fins thérapeutiques peut être prise. Jusqu'alors l'hospitalisation contrainte était décidée comme mesure administrative — par le bourgmestre ou collège échevinal, inscrivant la question dans une dynamique de contrôle territorial de l'indésirabilité et permettant une série d'abus. À la suite du fameux arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH), *Winterwerp v. the Netherlands*, en 1979, les pays membres de l'Union européenne commencent à adapter les législations nationales pour être en adéquation avec un grand principe soulevé dans l'arrêt : la privation de liberté, qu'elle soit à des fins thérapeutiques ou non, ne peut être opérée que sous le contrôle de l'autorité judiciaire.

[190] Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personnes des malades mentaux ; Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Du point de vue des formes de la régulation psychique, cela a des conséquences importantes. Le soin est dorénavant défini à partir d'une présomption de capacité et d'autonomie, conditionné donc au consentement exprès de la personne malade. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux pose en effet que le cadre ordinaire des soins psychiatriques est celui du consentement du patient. En dehors des états nécessitant la contrainte, la personne est considérée comme libre et souveraine, pouvant choisir de se diriger vers des soins ou non.

En somme, en dehors d'états exceptionnels, l'accès aux soins dépend formellement de la volonté exprimée par la personne — la jouissance des droits à se faire soigner est conditionnée à la capacité de l'exercer : la personne est considérée *a priori* et d'office comme en possession d'elle-même et de ses problèmes. Dans son commentaire de Macpherson, Etienne Balibar le soulignait, l'avènement de la forme de vie démocratique, et de son soubassement juridique, correspond au passage progressif « d'un droit individuel *d'exclure les autres* […] à un droit individuel de *ne pas être exclu* par les autres » (Balibar, 2010), ce qui vient avec l'idée d'une transformation des coordonnées anthropologiques de nos sociétés, depuis une hypothèse disjonctive vers une hypothèse conjonctive, comme l'a souligné Jean-Louis Genard (2007). Cette donnée nouvelle reconfigure évidemment les possibilités de repérer et d'intervenir sur les phénomènes psychiatriques, c'est-à-dire que la possibilité de les problématiser (les définir et y remédier) se trouve métamorphosée en

profondeur. Dans ses dispositions préliminaires, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux indique 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).

Loi d'exception, elle reconnaît alors en vérité le droit des personnes à n'être pas patient contre leur gré, tant qu'ils ne remplissent pas les critères légaux :

> les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. (art. 2)

Enfin, en son article 3, la loi réinstitue le droit de la personne à disposer d'elle-même, dans le cadre de l'hospitalisation : « la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment. » C'est dorénavant un modèle de citoyenneté libérale qui organise les pratiques de soin et définit les personnes, conçues à partir de présomptions d'autonomie, de capacité et de responsabilité. Mis à part en cas de mise en danger immédiate, la personne est instituée légalement comme seule propriétaire de soi et donc, en fin de compte, responsable des demandes relatives à sa santé.

5.1.2. Loi du 22 août 2002 : droits du patient et souveraineté individuelle

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient va encore un pas plus loin dans cette direction. Elle rassemble en un texte unique les droits attachés aux personnes qui reçoivent des soins, n'établissant aucune distinction entre les patients psychiatriques et les autres. L'autonomie et la souveraineté individuelle du patient sont réaffirmées par cette loi, notamment à travers la nécessité pour le soignant, sauf cas exceptionnel, d'obtenir le « consentement […] donné expressément ». En creux, la loi prévoit donc l'impossibilité de donner des soins dans le cas d'un refus exprès de la part du (non-)patient. Si l'importance donnée à ce droit au consentement libre et éclairé témoigne de la valeur accordée au respect de l'intégrité de la personne, elle ne vient pas sans difficulté en matière psychiatrique. De fait, la question de l'aptitude à exercer ce droit pose problème, en tout cas sans mesure d'exception ou de compensation : « comment des personnes, dont la maladie est parfois décrite comme une pathologie de la relation ou de la liberté, pourraient-elles valablement poser des choix conformes à leur intérêt ? » (Meurisse, 2011, p. 23).

Le droit psychiatrique résulte en l'institution d'une certaine conception de la personne, et en une configuration des capacités d'action face à certains troubles. Les droits et les obligations qui sont attachés à la capacité juridique contiennent les principes définissant les relations aux autres et aux entités collectives (institutions, services publics, corps intermédiaires). Ainsi, la capacité

d'exercer des droits, fondée sur la présomption juridique d'une capacité de fait, détermine les relations entre personnes dans le cadre constitué de la citoyenneté.

Il s'est passé quelque chose d'important en ce sens au cours de dernières décennies, à l'aune des « politiques de la reconnaissance[191] » notamment : le refus progressif de la distinction entre « citoyens actifs » et « citoyens passifs », et partant l'inclusion d'une série de publics fragilisés au modèle de citoyenneté libérale. Cette distinction, dont l'origine est à trouver dans la philosophie kantienne, était typiquement calquée sur les évaluations de la maturité de l'esprit et de l'état de dépendance. À la faveur du processus d'universalisation des droits, la figure de la « personnalité civile active » en est venue à coder l'ensemble des situations sociales (Muñoz-Dardé, 1999). En santé mentale, par exemple, la reconnaissance des droits civils du patient a mis fin à une période de traitement paternaliste et arbitraire des états psychopathologiques. Les principes du consentement et de l'autonomie sont devenus peu à peu les coordonnées principales des pratiques, consacrés comme les « garants effectifs du respect de la personne » (Bouquet, 2021). Le patient est reconnu comme sujet de droit à part entière, capable et responsable, entier possesseur de soi, sauf exception légalement définie. De ce fait, il se retrouve intégré à un « idéal du moi qui veut exister par lui-même » (Elias, 2004), malgré les incapacités de fait liées à sa

[191] Cette question est relativement large et soulève de très nombreux débats dans la littérature. On se référera notamment à la discussion menée par Edouard Delruelle (2020) ainsi qu'à celle menée par Melinda Cooper (2017).

maladie mentale. Comme le note Moreau (2015, pp. 16-17) :

> La souveraineté d'un individu sur lui-même semble non seulement promue, mais reconnue et bénéficie de garanties encore jamais atteintes antérieurement. Les personnes adultes bénéficient dans ma société d'un postulat d'autonomie. Elles sont présumées, et ce serait la caractéristique même de l'âge adulte, capables et responsables […] au sens où il leur incombe de prendre les décisions qui les concernent personnellement […] ; enfin, sur un plan matériel, il est attendu d'elles qu'elles soient capables de se prendre en charge, tant financièrement que sur le plan de la vie quotidienne, capables de prendre soin d'elles, capables de réaliser leurs projets.

Les conceptions du sujet et les formes du droit se transforment donc progressivement, et en conséquence les principes de (dé) liaison entre l'individu et l'État. Ce mouvement va dans le sens d'un accroissement des droits formels de l'individu, sans que ne soient réellement prévues des mesures compensatoires pour les incapacités *de fait* à les exercer ou à en jouir.

Aussi nécessaire qu'ait été ce souci de préservation des libertés fondamentales dans le champ psychiatrique, ses instruments ont constitué les vecteurs décisifs d'une manière d'aborder les problématiques psychiatriques ancrées dans l'individualisme impersonnel du droit libéral et l'abstraction des conditions concrètes d'existence des

personnes[192]. Un droit absolu à disposer de soi, lorsqu'il n'est que formel au regard des conditions réelles de son exercice, appelle nécessairement des compensations et un accompagnement. Sans cela, ce sont les familles qui assurent le soutien et le soin dans les « coulisses », maintenant sur la scène publique le mythe de l'individu possesseur de soi.

5.2. Comment le droit opère-t-il dans l'action sociale ?

Mon inscription dans l'héritage pragmatiste, à travers le modèle de la micro-politique du trouble en particulier, permet de penser le droit dans le cadre d'une sociologie de l'action. Celle-ci rejette toute conception externe et positiviste du droit, liant fondamentalement le droit à la vie matérielle, et en l'espèce, au travail d'enquête constitutif des micro-politiques familiales. Pour ce faire, il est possible de revenir aux sources de la philosophie pragmatiste du droit, notamment aux quelques textes de John Dewey sur le droit ainsi qu'au travail d'Alan Hunt, ancré dans le courant de la *Law and Society*[193] qui constitue l'amorce d'un programme de recherche pour une « analyse constitutive des relations entre droit et société » (Israël,

[192] En ce sens, C.R. Hunsworth (1988) rappelle que dans l'Angleterre thatchérienne, la juridicisation a été un instrument majeur de la contre-offensive néolibérale menée contre les théories du déterminisme social, et donc contre une action sociale large qui ne soit réduite à l'application de la règle de droit.

[193] Il est intéressant de constater les affinités entre la *Law and Society association* et les sociologues américains qui ont constitué les références dans les chapitres précédents (Emerson, Messinger, Gusfield, etc.). Sur ces questions, voir Cefaï (2008) et Israël et Cefaï (2020).

Grosdidier, 2014), c'est-à-dire une perspective qui privilégie les approches contextualisées du droit plutôt que la recherche d'une cohérence conceptuelle d'ensemble. Comme le souligne Dewey, le « droit » est un mot utile pour « éviter de répéter les mots "règle juridique", "activités législatives et administratives" — pour autant que ces dernières influencent le déroulement des activités humaines —, "décisions juridictionnelles", etc. » (Dewey, 1941, trad. dans Israël, Grosdidier, 2014). Contre la conception dominante du droit, j'entends en développer avec Hunt (1993) une approche constitutive, insistant sur ses dimensions potentielles dans les relations sociales.

5.2.1. Approche constitutive du droit

La volonté d'approcher le droit *en contexte*, c'est-à-dire à partir des manières dont il configure (ou non) les situations et l'action, repose sur un refus des approches basées sur l'idée d'une séparation entre le droit et la société, et de l'influence unilatérale du premier sur la seconde, ou de la seconde sur le premier[194]. Le retour au pragmatisme nord-américain indique la voie d'une analyse du droit centrée sur les pratiques et leur dimension constitutive du social. Cela implique le rejet de la recherche d'un principe premier et transcendant qui permettrait de définir le droit dans son origine ou sa fonction sociale. Le droit est un phénomène social de part

[194] Dewey (1941) notait en ce sens le flou conceptuel qui entourait la notion de « droit », et celui, encore plus profond, qui caractérisait celle de « société ». Vouloir clarifier, sur un plan théorique, l'un des termes au moyen de l'autre risquait alors de s'approcher de la volonté de tenter d'expliquer le vide par l'absence.

en part[195], il est une activité, et même plus précisément, une interactivité : le droit est un processus qui est accompli ou effectué socialement, c'est-à-dire comme le produit d'interactions.

5.2.1.1. Une dimension de la relation

Ainsi, il est possible de saisir la dimension constitutive du droit, qui permet de rompre avec l'idée de son autoréférentialité, sans toutefois tomber dans une approche qui ne pourrait *prendre au sérieux les idées légales* (v. Cotterrell, 1998). En somme, comme le formule Hunt (1996b) avec simplicité : « le droit entre dans la manière dont la vie est imaginée, discutée, argumentée et combattue ; cette imagination, cette discussion, cette argumentation et cette lutte façonnent le droit.[196] » (p. 179) Si le sociologue prend la peine d'exprimer sa pensée sous cette forme chiasmatique, c'est que l'approche constitutive reconnaît bien l'existence de deux entités (le droit et la vie sociale), certes profondément intriquées, imbriquées et connectées, autonomes d'une manière seulement relative[197], mais qui peuvent néanmoins être distinguées.

---

195 Ce qui ne signifie pas que le juridique est soluble dans le social, qu'on pourrait comprendre, voire expliquer, ce qu'est le droit en ne s'en tenant qu'à des déterminations sociales. C'est précisément le cœur de l'approche constitutive que de dessiner une voie médiane entre les réduction internalistes et externalistes des approches sur le droit.

196 Ma trad. : « *law enters into the way that life is imagined, discussed, argued about, and fought over; this imagining, talking, arguing, and fighting shapes the law* ».

197 L'« autonomie relative » est un thème majeur de la théorie de l'État de Nicos Poulantzas (1978), référence importante dans la construction intellectuelle d'Alan Hunt (v. Poulantzas *et al.*, 1979 ; Jessop, Morgan, 2021). Il faut noter cependant que la notion dans son acception althussérienne,

Cette approche, ancrée conjointement dans la tradition marxiste et le pragmatisme nord-américain, offre une perspective relationnelle, non réifiée et ambivalente du droit, insistant sur l'importance de ses dimensions idéologiques et symboliques. Partant, armé de cette conception ouverte et « non définitionnelle[198] » du droit, il sera possible de retourner vers les données empiriques récoltées pour montrer la place du droit dans la régulation de la question psychique, à partir de l'expérience des personnes confrontées à ce type de trouble.

De là naît la nécessité de lier l'analyse du droit à ses usages et ses activations, dans des moments critiques. En ce sens, la dimension potentielle du droit doit être placée au cœur de l'approche constitutive. Liora Israël et Jean Grosdidier (2014), dans l'article qu'ils co-signent, trouvent une telle conception du droit comme potentialité dans la théorie de l'institution de Luc Boltanski (2009), où celui-ci est

notamment lorsqu'appliquée au droit, sera vivement critiquée par Thompson (2015).

198 Un des pièges majeurs de la recherche sur le droit et la société consiste en effet à la faire reposer sur une approche « définitionnelle » qui conditionne le travail à une définition préalable de ce que serait le droit (Hunt, 1993). Le choix de cet *objet* ou cet *angle d'entrée* sur le terrain implique, presque nécessairement, la tentation de sa caractérisation intrinsèque, *en soi* — que ce soit comme phénomène strictement autonome, *sui generis*, ou comme appendice du social dans un rapport de détermination complète. Pourtant, comme le note à juste titre Bernard Edelman (1990), cette volonté d'une définition du droit, universelle et abstraite des contextes pragmatiques et historiques de son application, est au mieux une erreur, si pas une faute : «Affirmer : le droit c'est…, reviendrait à dire : donc il n'est pas… Qui ne voit qu'une telle définition serait, sinon erronée, du moins inutile, en ce sens qu'elle ne dirait pas le "tout" du droit ! Qui ne voit qu'elle serait totalitaire en son essence même, puisqu'elle frapperait d'ostracisme toute autre définition qui lui serait opposée ! A moins qu'elle ne soit si générale qu'elle ne gênerait personne puisqu'elle ne dirait rien qui ne soit pure tautologie. » (p. 22).

considéré comme un répertoire de règles mobilisables pour régler les différends ou les disputes[199]. L'idée centrale est que le droit peut être appréhendé dans la pratique en tant que « les personnes peuvent invoquer une règle, si un objet de ce genre a été préalablement constitué et stocké et si l'un des participants sait où aller le chercher » (Boltanski, 2008, p. 24). Pour Hunt, la dimension potentielle du droit prend cependant une forme quelque peu différente, qui fait certes place à la question des disputes et des opérations critiques des acteurs, mais à partir d'une perspective plus relationnelle. Le droit définit potentiellement les relations entre les personnes entre elles, ou vis-à-vis des entités sociales. C'est là que se situe la dimension constitutive du droit qui distribue des statuts, détermine des espaces et des frontières, crée des identités sociales, autrement dit, configure potentiellement les relations sociales.

5.2.1.2. Le droit comme potentialité de la relation entre des « personnes naturelles »

Le droit ne définit cependant qu'une des dimensions possibles de la relation entre des « personnes naturelles », c'est-à-dire celle qui fait comme si ces personnes naturelles étaient uniquement des « sujets légaux[200] » (Hunt, 1996a).

---

[199] On retrouve là une approche des phénomènes de normativité assez typique de la sociologie pragmatiste française, principalement celle issue des travaux de Laurent Thévenot (1992) sur la qualification et les modalités de règlement des différends.

[200] De manière très simple, on pourrait dire que le « sujet légal » est celui qui peut ramener son action et ses anticipations, en situation, à la maxime « dans cette situation, j'ai le droit reconnu légalement de… » ou à la maxime « dans

Pourtant, les personnes ne sont jamais seulement des sujets légaux, ils sont aussi des agents économiques, des individus biographiques, des êtres affectifs, des porteurs de rôles sociaux et d'attributs de pouvoir, des corps physiques, d'éventuels fidèles religieux ou membres de communautés, des systèmes nerveux, des consciences morales, etc. La dimension juridique n'épuise jamais l'ensemble des significations (potentiellement contradictoires) de la relation entre des individus entre eux ou avec des entités sociales. Elle n'est en outre que potentielle : les gens se rencontrent peu au premier abord en tant que sujets légaux[201].

Cette dimension de la relation et la définition des obligations, des engagements et des responsabilités qu'elle véhicule est potentielle, c'est-à-dire qu'elle peut être activée par les personnes ou les institutions, éventuellement sous le regard d'un tiers officiel. On voit

---

cette situation, j'ai l'obligation légale de… ». Il est sujet légal lorsqu'il coordonne son activité et son rapport aux autres à partir de ces maximes. Il va de soi que la compréhension des situations sous cette description particulière n'est pas pour autant univoque et non-conflictuelle. Bien sûr, la compréhension juridique des situations peut s'opposer à d'autres formes non-juridiques de compréhension, mais même *au sein du droit*, des conflits d'interprétation peuvent subsister. C'est par exemple le cas dans les débats relatifs au phénomène du squat où s'oppose droit de propriété et droit au logement. Ainsi, un différend relatif à l'occupation d'un logement pourra opposer des sujets légaux faisant valoir des droits différents : celui de la disposition d'un bien pour le propriétaire qui se considère comme lésé, celui à se loger pour les personnes qui occupent le logement. La description des situations en tant qu'elle est composée de sujets légaux ne peut donc être considérée, a priori, comme stabilisée normativement.

[201] Sauf peut-être dans le cas où ils se rencontraient pour signer un contrat par exemple. Et encore… Si on pouvait considérer avec Émile Durkheim (2007) que « tout n'est pas contractuel dans le contrat » (p. 189), ne peut-on dire également qu'il n'y a pas qu'un contractant derrière le contractant ?

alors comment cette approche du droit peut venir soutenir ma conception de la micro-politique du trouble puisqu'elle s'insère sans trop d'effort dans la conception déployée au troisième chapitre : une charge négative dans l'expérience génère l'engagement dans un processus d'enquête dans lequel des repères juridiques seront plus ou moins déterminants. Le droit participe donc bien au travail définitionnel des personnes, dans les processus de remédiation et de problématisation, orienté selon les résultats escomptés par les personnes lors d'un passage par le droit (qu'il soit effectif ou juste virtuel). En raison de cette dimension potentielle, on considérera que c'est dans les situations critiques que les personnes sont menées vers le droit, et c'est dans ce contexte qu'il prend sens et *impacte* le social. Comme le note Issa Kohler-Hausman (2019),

> Nous ne commençons pas la journée en nous demandant ce qu'est la loi et comment nous devrions être guidés par elle. Nous commençons la journée avec un ensemble de tâches concrètes, puis nous pouvons rencontrer ce que les penseurs pragmatiques appellent des situations problématiques qui obligent à se demander ce qu'est la loi ou comment la loi affecte certains éléments d'un plan d'action potentiel, puis nous procédons à partir de là[202]. (p. 47)

[202] Ma trad. : « *we do not start the day asking what the law is and how we ought to be guided by it. We start the day with a set of concrete tasks, and then might encounter what pragmatists thinkers have call problem situations that force us to ask what the law is or how the law affects some elements of a potential course of action, and then we proceed from there* »

Rien ne sert en effet de se questionner sur le droit en dehors de son intrication nécessaire avec les autres aspects de la vie sociale, dont l'élément transversal est l'expérience. Il convient donc d'enquêter sur le droit à partir de l'hypothèse de sa prégnance culturelle[203], comme dimension transverse et constitutive de la société sur le plan macrosociologique et en tant que schéma transposable à une multiplicité de situations pragmatiques[204].

5.2.2. La « découverte » du droit : l'importance des intermédiaires

La découverte du droit, et donc sa force de détermination, va se faire au gré des tentatives de remédiation du trouble, et des impossibilités qu'il organise, en particulier dans les rapports aux tiers officiels. Ces derniers jouent des rôles d'intermédiaires, au sens que Jean De Munck (2006) donne à la notion. Il est donc possible de « découvrir » la dimension légale de la relation, lorsque la pratique faiblement réflexive est mise à mal. D'où la nécessité de « rompre avec le formalisme descendant de la doctrine juridique orthodoxe[205]» et de refuser la réduction institutionnelle de l'approche du droit (Hunt, 1996b,

---

[203] Reprenant la conception du droit de Joseph Gusfield, dont on a vu comme il était proche de nos cadres de réflexion, Claire de Galembert (2010) parlait de « performance culturelle du droit ».

[204] Bien que ne reprenant pas le vocabulaire de la structure, puisque j'entends adopter une conceptualisation plus souple, basée sur l'idée de « régulation », on notera que cette idée du droit comme « schéma transposable » n'est pas sans rappeler le travail de réactualisation de la notion de structure opéré par William H. Sewell (1992).

[205] Ma trad. : « *break with the top-down formalism of orthodox legal scholarship* ».

p. 174). L'approche constitutive du droit participe en ce sens du passage d'une perspective institutionnelle sur le droit à une attention pour la vie quotidienne. Elle montre un intérêt pour les modalités infra-institutionnelles de règlement des disputes et de gestion des troubles, et éventuellement les trajectoires de judiciarisation, au regard de la constitution légale (partielle et potentielle) des contextes sociaux.

Face à une situation problématique, les personnes sont donc éventuellement menées à découvrir les dimensions juridiques qui la sous-tendent, c'est là le cœur de l'approche constitutive que j'entends développer, centrée sur les dimensions relationnelles et potentielles du droit. Cette notion de « découverte » est particulièrement importante, en tant qu'elle porte un horizon méthodologique crucial. Elle permet en effet de faire reposer la « découverte » sociologique sur l'action des personnes, lorsqu'elles-mêmes, en situation, viennent à « découvrir » le droit. La notion de « découverte », que je remanie à partir de l'appareil conceptuel wébérien semble bien montrer la dimension potentielle du droit dans la société, activé toujours de manière pragmatique, que cela soit dans les arènes institutionnelles dédiées ou en-dehors.

Dans sa sociologie juridique, Max Weber (2013) opère une distinction entre « création » et « découverte » du droit. La première notion définit assez classiquement l'ensemble du travail de législation, c'est-à-dire de production du droit. La deuxième est sans aucun doute plus intéressante pour nous, moyennant quelques ajustements. Weber définit la « découverte » du droit comme « l'application à des

situations concrètes […] à la fois des normes […] et des prescriptions juridiques qui en sont déduites par le travail de la pensée juridique » (p. 44). Le sociologue allemand pense sans aucun doute à l'application institutionnelle du droit, c'est-à-dire d'abord ce qu'on appelle l'office du juge. La découverte du droit, au sens wébérien, consiste donc en la mise en corrélation entre la normativité juridique et des cas d'espèce. Cependant, il n'y a apparemment aucune raison de limiter cette question de la découverte du droit à son application juridictionnelle.

La notion de « découverte » permet en ce sens de désigner l'ensemble des processus de compréhension des situations vécues au moyen d'une normativité juridique, et ce, également, en dehors des tribunaux. Cela implique de sortir de la focalisation sur l'arène judiciaire, relocalisant le droit dans l'expérience vécue. L'approche constitutive procède en effet au passage d'une perspective institutionnaliste vers une attention pour la vie quotidienne : « La vie juridique et la vie quotidienne se conditionnent et se contraignent mutuellement et les éléments de la conscience juridique jouent un rôle actif dans la conscience et les pratiques populaires[206] » (Hunt, 1996b, p. 179).

La notion de « découverte » est en outre propice à rendre compte de la dimension de mise au jour, de trouvaille, comme si le droit était présent, à l'état potentiel, de

[206] Ma trad. : « *Legal life and everyday life are mutually conditionning and constraining and that element of legal consciousness play an active part in popular consciousness and practices* »

manière sous-jacente aux instances sociales, et que les personnes, au gré de leurs enquêtes, venaient à le « découvrir ». On retrouve l'idée de Susan Silbey (2018) qui notait :

> Tout peut être un enjeu juridique, cependant cela ne veut pas dire que toutes les choses représentent un intérêt juridique ; simplement qu'elles peuvent être amenées à avoir un aspect juridique. Ceci est l'une des significations par laquelle nous faisons référence au droit en tant que système ouvert. Il n'existe aucun domaine de la vie qui ne puisse être affecté par le droit ; la vie intérieure de l'esprit, et ses motivations, les tuyauteries de nos maisons, le processus biologique de ma reproduction, les pyjamas que portent nos enfants, les livres que nous lisons, la nourriture que nous mangeons, la manière dont nous faisons des affaires. Ainsi, cette conception simple, plutôt étroite, du droit en tant que règles encadrant la force est finalement une voie assez large [*capacious*], celle qui, à bien des égards, a impulsé l'étude de la conscience du droit, entendue comme un effort pour cartographier les manières dont les participants dessinent ces règles et leur interprétation. (p. 739)

La notion permet alors d'insister sur les dimensions pratiques et processuelles du droit, il nécessite une mise en action par les acteurs, qu'elle soit judiciaire ou, dans une part non négligeable des cas, qu'elle repose sur d'autres modes de référence et d'observance du droit. Cette mise en relation du droit avec l'expérience vécue est chaque fois située et comporte, du point de vue de l'observateur, des « éléments d'imprévisible singularité » (Aron, 2004, p. 11). Elle est au fondement de *l'intervention* du droit dans les

affaires humaines, et donc de ma capacité à m'en saisir en tant que sociologue. C'est par l'identification des manières dont les personnes, en tant que professionnels ou que *profanes* du droit, s'y réfèrent pour trancher et dépasser les disputes, les accrocs et les troubles dans la réalité vécue, qu'on peut identifier ce qu'est le droit en action dans la société[207].

5.3. Découvrir les coordonnées légales des situations : définitions, opportunité et légitimité des réponses

C'est à partir de là que l'on peut revenir à la question de la régulation de la question psychique, et de l'influence du processus historique de juridicisation. C'est par ce bout que je souhaite prendre la question de la configuration légale des micro-politiques du trouble. En effet, avant même d'envisager les dimensions strictement prescriptives et régulatives du droit psychiatrique, il apparaît que sa dimension instituante est déterminante des manières d'administrer le trouble sur des scènes familiales. Par-là, le droit psychiatrique définit des rôles sociaux, attribue des capacités d'action et des pouvoirs aux personnes, spécifie des formes de relation, qui configurent les manières qu'ont les acteurs de faire face à un trouble, de le qualifier et d'y remédier. Je me concentre ici avant tout sur les luttes définitionnelles qui sont au cœur des

[207] En ce sens, on retrouve partiellement le modèle proposé par Karl N. Llewellyn et Edward A. Hoebel (1941) de l'approche du droit par les « *trouble-cases* ». Ce modèle a servi d'inspiration revendiquée par Emerson et Messinger (1977) dans leur élaboration du modèle de la micro-politique du trouble.

opérations de micro-politiques du trouble, et la manière dont l'institution légale de la personne comme un patient ayant certains droits, soutenu par un modèle général d'individualisme possessif, vient configurer les possibilités de dire ce qu'est le trouble et ce qu'il convient d'en faire.

5.3.1. Droit de définition, pouvoir de définition

La notion de « pouvoir de définition » (ou « pouvoir définitionnel ») est construite sur base du travail d'Amitai Etzioni (1976), malgré le fait qu'il l'insère au départ dans une conception macrosociologique, liée aux problèmes sociaux. En tordant quelque peu sa définition du pouvoir, on peut la rendre utile pour appréhender les dimensions microsociologiques, puisqu'il la définit comme « la capacité à rendre "recevable" sa définition de ce qui est problématique et de ce qui doit être fait à ce propos[208] » (p. 146). On parlera de pouvoir de définition plutôt que d'autorité parce que la notion est plus large : l'autorité, c'est la partie du pouvoir de définition qui « bénéficie d'un soutien social étendu et/ou "significatif" [209]», qui est donc plus largement, mais jamais tout à fait, « à l'abri des attaques et des remises en question[210] » (Conrad, Schneider, 1992, p. 8). Au sein du réseau qui se constitue par l'ensemble des personnes affectées par un trouble, on a une attribution différentielle des pouvoirs. Le « pouvoir », dans le sens d'Etzioni (1976), définit en vérité

---

[208] Ma trad. : « *the ability to make one's definition of what is problematic and what is to be done about it "stick"* ».

[209] Ma trad. : « *receive widespread and/or "significant" social support* »

[210] Ma trad. : « *secure from attack and challenge* »

la potentialité à dire ce qu'il en est du trouble. Ce pouvoir tient de toute évidence à des rôles et des statuts, des habilitations et des mandats, mais aussi à des dimensions logées dans l'interaction[211].

Le pouvoir définitionnel n'est cependant pas uniquement lié aux dimensions légales des relations. Certes, celles-ci sont déterminantes dans la possibilité de faire valoir sa version des faits, de faire reconnaître ses suppositions sur la situation et sur les personnes, mais n'épuisent pas ce qu'il y a à dire sur les formes empiriques que peuvent prendre les luttes définitionnelles. En ce sens, comme le note Jack Katz (2015), il serait illusoire de prétendre au développement d'une perspective prédictive sur l'issue des micro-politiques du trouble, quand bien même seraient identifiées les dimensions relationnelles qu'on jugerait déterminantes (places, statuts, rôles, droits, capitaux, etc.). L'analyse ne peut être que « rétrodictive », reposant sur un travail a posteriori des conditions jugées déterminantes des orientations cruciales de ces processus.

D'une part, les diverses dimensions constitutives des relations peuvent être contradictoires : l'exemple le plus facile, vieux comme le monde, est celui de la plus faible effectivité d'un droit dans une relation marquée par la dépendance matérielle — la dimension économique de la relation peut être plus déterminante que la dimension légale et partant, configurer les pratiques des personnes

[211] On le verra dans le chapitre 7, par exemple, la distribution des pouvoirs dans une audience de justice de paix tient à des statuts (la personne en blouse blanche a priori a un pouvoir plus grand) mais aussi distribué en fonction des manières, des signes, des indices qu'on va percevoir.

avec plus de force. Dans ce cas, les personnes naturelles agissent plutôt comme des agents économiques que comme des sujets légaux.

D'autre part, les situations sont plus ou moins « perméables[212] » à ces dimensions structurales et culturelles. Il en va ainsi du principe même des scènes familiales d'être en théorie moins perméables aux principes du droit : jusqu'à récemment, le couple était par exemple un espace où les violences sexuelles n'étaient pas reconnues légalement. Les personnes tendent donc à montrer plus de difficulté à appliquer le droit dans les relations codées comme familiales, celles-ci ayant en outre longtemps été considérées comme espace de « non-droit », au sens que Jean Carbonnier donnait à la notion, c'est-à-dire comme un espace social de suspension de sa force[213].

---

212 On retrouve ici sans doute l'image goffmanienne de la membrane qui règle les transfert de pertinence entre les différents ordres de réalité (Goffman, 2013).

213 La réflexion de Norberto Bobbio (1965) permet une appréhension intéressante du droit, à partir d'une réactualisation de la pensée wébérienne. Le droit constitue le code de l'usage du monopole de la force légitime, c'est-à-dire qu'il institue des espaces sociaux différents selon l'usage différentiel de la force qu'il ordonne. On retrouve ici le cœur de certaines critiques féministes de la famille comme espace réputé soustrait aux logiques de thématisation publique et à l'effectivité du droit (Barrett, McIntosh, 1982 ; Freeman, 1985 ; Olsen, 1983 ; Fineman, 1995). Ainsi, l'histoire de la sphère familiale a été marquée par l'évolution des pouvoirs déontiques reconnus à ses membres, participant par un effet de retour à renforcer l'idée de la sphère familiale. Par exemple, l'association traditionnelle entre le pouvoir du père sur les membres de la famille et l'institution de la famille patriarcale ne consiste pas en la mise en corrélation de deux faits sociaux préexistants, mais en la constitution d'un ordre institutionnel particulier, marqué par la reconnaissance d'un pouvoir large à certains types de membres (masculin, majeur, etc.) dans certains espaces désignés comme « privés » et « domestiques ». Ces deux dimensions (pouvoir du « père » et existence de la

La fracture entre espaces privés et publics, calquée sur l'hypothèse d'un individu souverain, conditionne l'application du droit et la possibilité d'intervention dans la situation. La sphère domestique est en effet considérée comme cet espace de « non-droit », crée à la faveur de la « sagesse » du droit consentant à « laisser la nuit hors de son empire et les huissiers à la porte » (Frison-Roche, 2003, p. 292).

La possibilité de découvrir la configuration légale des situations peut être variable en ce sens. Enfin, et c'est central, quand bien même la dimension légale serait découverte, elle ne détermine jamais que (très) partiellement la possibilité des personnes à faire valoir leur version de la réalité. Ainsi, les travaux de Mathieu Berger (2014 ; 2017 ; 2020) montrent par exemple comment dans des sphères de la participation démocratique, au sein desquelles l'égalité des participants et de la valeur de leur parole est sans cesse affirmée et reconnue du point de vue légal, les prises de parole sont pourtant marquées par des recevabilités différentielles de contenu, en fonction des manifestations symptomatiques liées aux formes de la communication. Le pouvoir définitionnel peut dès lors être défini, en situation, par le prestige et le statut social, par les conduites elles-mêmes et leur éventuelle symptomatisation, par les rapports de force déterminés par les autres dimensions de la relation, autant que par la configuration légale de la relation. Il appartient alors à l'analyse sociologique d'identifier l'importance respective

« famille » patriarcale) s'entretiennent mutuellement, et reposent notamment sur la force constitutive du droit.

de ces différentes dimensions dans la manière dont se déroulent les luttes définitionnelles et leur résultante. Puisque j'ai centré mon travail sur la question de la juridicisation en général, et donc, ici, la place du droit dans les asymétries de pouvoir définitionnel, il importe sans doute de persévérer dans mon enquête conceptuelle.

À la faveur de l'histoire de Éric Vlaemynck, il sera possible de cerner l'importance de la configuration légale des situations familiales, notamment des droits à définir *l'état des choses* et à entreprendre des actions pour le transformer.

5.3.2. « Tes états d'âme Éric » : reprise conceptuelle de la trajectoire d'un cas

Cette étude de cas permet de montrer le travail interprétatif et pratique des personnes, l'importance dans celui-ci des tiers, informels puis officiels, ainsi que la dimension potentiellement déterminante du droit dans ce type de séquence. J'adosse mon analyse à un unique cas d'étude, dans la mesure où celui-ci permettra de rendre compte d'une série de dimensions observées et dégagées au sein de mon corpus empirique. Ce cas semble propre à rendre compte de certaines des dimensions cruciales des micro-politiques du trouble que je veux ici mettre en lumière. Il convient cependant de tenir compte de la mise en garde d'Edwin M. Lemert (1951) sur les difficultés à la montée en généralité à partir de bases empiriques restreintes. De manière modeste, il s'agira donc d'informer conceptuellement la trajectoire d'un cas spécifique de vulnérabilité, et la manière dont il se *développe* au gré de l'action (plus ou moins collusoire) des « autres » du

malade, intégrée au sein de cadres sociaux larges, notamment juridiques. Ainsi, malgré son caractère idiosyncratique, ce cas pourra je apporter quelques enseignements sur les manières dont le droit opère dans l'action sociale, et plus en particulier dans les micro-politiques du trouble.

L'intérêt sera tout particulièrement porté sur la manière dont le(s) droit(s) peuvent constituer des repères signifiants, ou des cadres déterminants, pour les personnes lorsqu'elles *interviennent* sur la vulnérabilité d'autrui. Cette approche devrait permettre de penser l'importance du droit dans la configuration de l'expérience des personnes, dans le travail de définition d'une situation problématique et d'identification des solutions acceptables.

Je base la reconstruction conceptuelle de la trajectoire sur les « traces » documentaires du traitement institutionnel du « cas » d'Éric Vlaemynck ainsi que sur les comptes-rendus rétrospectifs de son entourage. Comme je l'ai indiqué dans l'introduction, cette manière de faire soulève quelques enjeux méthodologiques. La dimension rétrospective de ces comptes-rendus soulève un problème de « reconstruction narrative » (Williams, 1984) : la manière de dire les situations passées est influencée par la connaissance des évènements et les diverses médiations institutionnelles ultérieures. Le caractère on ne peut plus contingent de la succession des évènements telle qu'elle se construit dans les cours d'action tend à disparaître derrière des mises en récit linéaires, d'apparence nécessaire et rationnelle. Deux autres problèmes méthodologiques sont soulevés par Emerson (2015) : la dimension « réactive» au

contexte d'énonciation des comptes-rendus et leur dimension « sélective ». La maladie mentale s'inscrivant généralement dans un contexte initial de trouble interpersonnel, une perspective partielle est *ipso facto* partiale. Cette dimension est d'autant plus importante ici que le corpus constitué repose sur l'exclusion du discours d'Éric Vlaemynck qui est de ce fait « foyer négatif » de l'ensemble des comptes-rendus. Le dispositif de recherche risque donc de reconduire, dans le champ qui lui est propre, l'indésirabilité d'Éric et la dénégation (du récit) de son expérience, la reconstruction de la trajectoire du trouble élaborée sur cette base étant surdéterminée par l'histoire familiale de son appréhension. Cependant, dans la mesure où le cas envisagé ici est façonné au cours de diverses « étapes de traitement[214] » dans des dispositifs qui n'incluent la parole de la personne concernée que de manière très marginale, la focalisation sur le travail d'interprétation et de remédiation de *ses autres* ne semble pas totalement dénuée de sens. Goffman (1968) développait par exemple sa fameuse perspective de la « carrière », qu'il rattachait au modèle de « l'histoire naturelle », à partir d'une perspective externe assumant s'abstraire des significations subjectives du malade mental. Puisque la capacité des proches à faire « relais » entre les personnes vulnérables et les lignes de soin est de plus en plus incluse au fonctionnement de l'action publique en santé mentale (Keywood, 2003), ce *biais* apparaît justifiable

[214] La notion d'« étape de traitement » vient de Ellen Pence (2001) dans son travail sur la constitution séquentielle de « cas » de violence conjugale par le système pénal dans la ville de Duluth, Minnesota.

dans la volonté de reconstruction des formes extérieures et observables de la trajectoire (celles sur lesquelles se basent les intervenants au cours de la séquence, à tout le moins dans la phase préhospitalière).

5.3.2.1. « Tu surfes entre ces récifs » : la présomption de capacité à l'épreuve du trouble

A posteriori, Carmen Alvarez perçoit les premiers indices que son fils « commence à un petit peu dérailler[215] » vers 2015 ou 2016. Lors de nos deux longs entretiens, la chronologie est un peu confuse. La perception que *quelque chose va mal* est initialement très vague. Cependant, à l'aide des autres « traces » dont je dispose, il est possible d'identifier quelques incidents qui rompent le cours *normal* des choses, écorchant les définitions stabilisées des personnes et des engagements (Goffman, 1989), provoquant le sentiment initial du trouble. À ce moment s'initie la séquence déclenchante de ce qu'on pourra reprendre a posteriori comme une lente désaffiliation sociale.

Éric est au départ perçu comme un fils « bien parti » et « très sociable ». Tout son entourage semble s'y accorder. Pourtant, il démissionne successivement de plusieurs postes, pour des raisons « complètement incompréhensibles ». De même, sa relation avec sa compagne devient « très tendue », il se montre violent et est interpelé à deux reprises par la police. Elle met un terme à leur relation, le forçant à quitter l'appartement

[215] Carmen Alvarez, entretien, novembre 2020. Sauf indication contraire, dans le reste du texte, les citations sont issues de cet entretien.

qu'ils partageaient. Il se trouve dorénavant sans logement et sans emploi, à l'âge de 34 ans. À ce stade, son entourage n'inscrit cependant pas le trouble dans un registre psychiatrique. Comme le dit sa mère, « il était encore pareil à ce que je connaissais sauf qu'il s'énervait très vite ! » Il s'agit d'une « mauvaise passe », sans que cette notion soit informée par des catégories véritablement médicales : « On mettra ça sur le dos de la dépression, du stress, de problèmes de couple, et cetera. Donc on n'en tient pas trop compte. Il faut vraiment du temps pour se dire qu'il y a un problème ».

Déviance émotionnelle

À ceci s'ajoute qu'à ce moment, Éric parvient à maintenir, dans une certaine mesure, les présuppositions de capacités portées sur lui. Ainsi, du point de vue professionnel, malgré son parcours « chaotique », il réussit à faire en partie illusion, pendant un certain temps du moins :

> Il avait fini ses études de comptabilité. Il avait eu tout de suite un boulot ; chez KPMG il avait commencé. Il a été formé même. Il a été même plusieurs fois en voyage à l'étranger, jusqu'à Dubaï, etc., mais il y avait quelque chose qui faisait que ça ne lui plaisait pas, il arrêtait, il contestait. C'était un CDD, ça n'allait pas parce que c'était un CDD. Et il ne racontait pas le contexte. Il ne racontait pas dans les détails. Donc c'était difficile pour moi de savoir pourquoi ça ne lui plaisait pas. C'était difficile de savoir ce qu'il se passait exactement et je le laissais continuer et je disais « après tout c'est toi qui sais, si tu dois démissionner, si tu dois partir ailleurs, c'est toi qui sais. N'empêche que

sur ton CV, faut voir ce que ça donne ! » Il avait l'air d'être sûr de lui, de ce qu'il voulait faire…

Malgré les doutes et les inquiétudes exprimés par ses autres, Éric continue à donner le change, à se montrer en possession de lui-même, et donc de ses problèmes. Du point de vue de ses autres, le trouble est donc problématisé comme relevant d'une différence de point de vue sur ce qu'il convient de faire (garder son emploi, attendre d'en trouver un autre avant de démissionner, etc.). Les solutions opportunes et légitimes[216] résident donc, à ce stade, dans l'espoir de dégager, par la discussion et la négociation, des voies de résolution :

> Je dis « occupe-toi de ton travail et ce n'est pas grave, tu as assez de choses à faire ! » Entretemps, il avait eu d'autres boulots. Il quittait un boulot, il en avait un autre aussitôt ! Et donc, il y a eu deux boulots, et le dernier travail, il était chez LVMH, c'était un CDI cette fois-ci. Quand je lui demandais des nouvelles, il me disait : « oh tu sais, on est dans un vieux bâtiment. Le patron, on ne sait pas ce qu'il fait, il a que des femmes à diriger ! Donc elles se laissent faire, enfin au point de vue du droit, elles se laissent faire, elles ne connaissent pas le droit, la législation du travail, *et ceteri, et cetera*. » Et puis moi je lui disais « oui, mais enfin… » Et puis il y a eu une histoire de contrat… soi-disant le patron n'a pas respecté ce qui avait été discuté au départ et là il n'était pas content, donc c'était démission. Moi je lui ai dit : « écoute, ne démissionne pas ! Trouve une autre

[216] Pour rappel, j'ai défini les notions au chapitre 3. L'opportunité désigne l'adéquation entre le problème identifié (sa définition) et les réponses envisagées. La légitimité porte sur l'évaluation, juridique ou morale, de l'usage d'une solution.

> boulot avant ! » Là, je ne l'ai pas compris ! Il m'a dit : « non, non, je ne peux pas rester et je démissionne ! » Mais pour moi, ce n'était pas possible ça !

Malgré les conseils de sa mère, Éric démissionne, mais non sans donner des justifications à ses actes qui semblaient incompréhensibles de prime abord. En ce sens, il parvient à limiter la menace qu'il fait porter sur l'« existence douée d'un sens » (Goffman, 1973, p. 340). Par ses justifications, il réinscrit ses conduites dans des significations socialement (plus ou moins) acceptables, en tout cas coïncidant avec l'idée d'une possession de soi, et d'une direction éclairée et autonome de son existence personnelle. En justifiant ses décisions, il parvient à réduire cet écart entre les attentes sociales et l'action concrète ; cet écart constituant le terreau des problématisations psychopathologiques (Lyman, Scott, 1968).

Cette possession est une supposition des autres de la personne qui tient à des conditions situationnelles, dans le sens des suppositions faites sur son état à partir de marqueurs interactionnels, autant que de l'inscription dans des coordonnées plus larges, notamment juridiques. Elle est alors le résultat d'une problématisation élaborée à l'intersection des dimensions liées aux places dans l'ordre social, autant que d'indices s'exprimant dans un « idiome situationnel » (Goffman, 2013), c'est-à-dire glanés dans l'interaction, dans le jeu des offenses et des réparations.

En effet, de ce point de vue, les activités de réparation pointées par Lyman et Scott (1968) ainsi que par Goffman

(1973) peuvent être vues comme une (ré)affirmation de la possession de soi et de ses problèmes : l'offense constitue l'occasion d'une démonstration de la possession de soi, constituée par une capacité d'autocontrôle, de maîtrise et de réparation, comme réinscription du trouble généré dans un ordre *normal* des choses, n'imposant pas aux personnes affectées par ses manifestations une réinterprétation sur la personne qui en est à l'origine. Ce travail de réparation mis en œuvre par Éric pour minimiser les effets du trouble fait apparaître l'un des manquements des théories de la réaction sociale : le trouble est le plus souvent déjà perçu par la personne qui sera identifiée par la suite comme fauteuse de trouble, et l'engage dans un travail visant à « réduire les émotions socialement inappropriées ou induire des émotions socialement appropriées chez soi et chez les autres[217] » (Thoits, 1990, p. 181).

Par hypothèse, l'expérience négative, celle de l'écart entre ses sensations et ce (qu'il sait) qu'elles devraient *normalement* être dans la situation est alors de l'ordre du trouble intrapersonnel[218]. Elle est une « déviance émotionnelle », c'est-à-dire qu'elle consiste en un ensemble de « violations persistantes, répétées ou intenses des normes sociétales en matière de sentiments ou d'expression, où les efforts de gestion des émotions sont

[217] Ma trad. : « *reduce socially inappropriate or induce socially appropriate emotions in themselves and in others* ».

[218] Sur cette question du trouble intrapersonnel, voir Lézé (2008)

souvent inefficaces[219] » (Thoits, 2018, p. 201). Dans un premier temps, ses efforts de gestion des émotions lui permettent cependant de donner le change.

Donner le change et réparer les offenses : maintenir le trouble en mode mineur

Ces premières formes d'administration *intrapersonnelle* ne sont pas introspectives : elles sont observables, bien que très fines[220]. Elles ne sont déjà plus un seul désordre psychologique du point de vue sociologique, puisque Éric intègre, dès ce stade, la perspective de ses autres dans ses manières de gérer ses troubles émotionnels et cognitifs. Ainsi, ce travail de justification — qui est activé aussi à propos de sa rupture avec sa compagne, et de son isolement relationnel progressif — relève d'efforts adaptatifs ou correctifs, qui visent à ne pas provoquer l'irritation ou le souci, de la personne elle-même ou de ses autres. C'est que malgré le trouble qu'il ressent, et la place croissante qu'il prend, Éric connaît, et maîtrise, les attentes qui pèsent sur lui, et est relativement capable d'évaluer le coût social de celui-ci. Comme le soulignait Goffman (2013),

> sur tout acte offensif et sur tout offenseur, les questions suivantes peuvent être posées : est-ce que l'acteur a la

[219] Ma trad. : «*persistent, repeated, or intense violations of societal feeling or expression norms, where emotion management efforts are often ineffective* ».

[220] Il s'agit d'un ensemble de conduites objectives, et donc observables, qui visent à dissimuler ce trouble intérieur et à calquer ses comportements sur ceux qui sont attendus. On retrouve alors notamment la conception deweyenne des valeurs qui constituent des engagements pratiques dans le monde, plutôt que des états mentaux ou des simples préférences (Dewey, 2011).

> capacité et la formation pour évaluer le sens de son offense ? Si c'est le cas, s'en rend-t-il vraiment compte? Est-ce que l'acteur a un contrôle physique sur ses actes ? Dans ce cas, serait-il désireux de changer de comportement, pour peu qu'on le mette au courant de sa signification et qu'on lui en donne la chance ? (pp. 184-185)

Cette dernière question — « serait-il désireux de changer de comportement, pour peu qu'on le mette au courant de sa signification et qu'on lui en donne la chance ? » — est cruciale, puisque c'est elle qui, en dernier ressort, détermine la nécessité d'une réinterprétation déviante ou symptomatique des comportements. En effet, l'enjeu central face à une offense est celui de la détermination de la relation de l'offenseur à l'offense. Pour l'instant, la situation est problématisée comme un « état de faiblesse», encore très ancrée dans les coordonnées symboliques de la citoyenneté libérale (présomption de capacité, responsabilité individuelle, propriété de soi). Dès lors, il faut essayer de lui « venir un peu en aide » tout en le « raisonnant ». Les manières de gérer cette « galère » sont calquées sur des raisonnements pratiques articulant une action familiale soutenante à des attentes qu'à terme, Éric soit capable de « se reprendre » et d'à nouveau « se débrouiller seul ». Carmen Alvarez possède un appartement au neuvième étage d'un immeuble à Neder-Over-Heembeek, en région bruxelloise. Elle propose à son fils de l'habiter en échange d'un « petit loyer ».

> Donc là, la galère ! Il s'est retrouvé au chômage. Et je dis : « j'espère qu'il va retrouver très vite un emploi » — parce

> que sa compagne l'avait quitté. Donc il était seul, il devait me payer un loyer, parce qu'il était rentré entretemps dans l'appartement que j'avais rafraîchi. Et comme il n'avait plus de logement, je lui ai dit : « tu prends l'appartement et tu me paieras le loyer ! » Juste ce qui correspondait au virement que je faisais à la banque, à l'emprunt. Plus les charges, le minimum de charge, mais il n'y avait pas grand-chose. Le prix était en dessous du prix du marché. […] Je dis : « alors toi, tu es là, tu as ton appartement, tu n'as pas à te soucier de logement, de payer le loyer correct », je dis : « trouve-toi un boulot et c'est tout ce que tu as… c'est là-dessus que tu dois te concentrer ! »

Lorsque Carmen Alvarez, après lui avoir fourni un appartement « en dessous du prix du marché », dit à son fils : « trouve-toi un boulot et c'est tout ce que tu as… c'est là-dessus que tu dois te concentrer ! », on retrouve exactement l'enjeu de la dernière question goffmanienne, plutôt intégrée au motif du souci cependant (voir quatrième chapitre) : « serait-il désireux de changer de comportement, pour peu qu'on le mette au courant de sa signification et qu'on lui en donne la chance ? » À travers la provision de supports, répondant à ses motifs de souci et ce complexe idéologique de la famille[221], on peut voir également un *test* de capacité de la personne fauteuse de trouble. Carmen Alvarez, par les efforts de soutien matériel et émotionnel qu'elle déploie, vient sécuriser

[221] Dans ce contexte, la provision d'un appartement à moindre coût constitue une solution entièrement opportune et légitime, puisqu'elle est inscrite dans les conceptions de ce que la famille doit normalement produire pour un proche « dans la galère » (voir chapitre 4).

l'ensemble des conditions extérieures, faisant reposer le déroulé des évènements sur les seules conduites d'Éric.

Son entourage oscille entre l'espoir d'une amélioration à venir et une certaine condamnation morale de son état de dépendance. Ainsi, sa sœur soupçonne Éric de profiter de la situation[222]. Le trouble acquiert une dimension écologique, créant un certain désordre et une conflictualité sur les scènes familiales, mettant à mal les places de chacune et chacun. Ainsi, ce fils de 30 ans, entretenu par sa mère, vient percuter les conceptions normales de la personne et des relations familiales entre adultes. Certains proches trouvent son attitude ingrate à l'égard de l'aide apportée par sa mère — il semble que cette hypothèse soit suffisante à ce stade pour réconcilier l'expérience. Du fait même de ce type d'évaluation sur ses conduites, on voit que la piste psychopathologique est encore loin d'être privilégiée. En effet, suspicion et réprobation sont les marqueurs d'une problématisation du trouble encore très informée par un « modèle d'interprétation responsabilisante des conduites » (Genard 1999).

Éric ne se « concentre » cependant pas, ni sur sa recherche d'emploi ni sur la pacification de ses rapports avec ses proches. Malgré la mobilisation d'une série de ressources informelles (relationnelles, financières), on ne parvient pas au (r)établissement d'un état *convenable* des choses. Que du contraire ! Les personnes affectées par les comportements d'Éric sont de plus en plus nombreuses, suivant cette

[222] On remarque une scission de l'entourage d'Éric en matière de motifs : la sœur semble plutôt concevoir la situation à parti d'une certaine irritation, lorsque le rapport de la mère à celle-ci est marqué par l'inquiétude.

logique *excédentaire* du trouble qui « déborde » les cercles de sociabilité au sein desquels il avait initialement émergé : « il faisait la guerre à tout le monde ! » Progressivement, il s'isole dans son appartement hembeekois et coupe tout contact avec sa famille.

Soutenir : maintenir le trouble en mode mineur

Le vide s'élargit autour d'Éric Vlaemynck, et ses proches tentent, par des moyens informels et souvent secrets, de réduire les écarts, de (re)tisser des liens et de maintenir une place dans l'ensemble social. Ce soutien informel est essentiel pour réduire l'écart entre les présuppositions sociales sur ce que doit être un individu adulte et les capacités réelles d'Éric à ce moment de son existence. Ils et elles agissent en « coulisse » pour lui permettre de maintenir une certaine consistance publique. Les coulisses, ce sont cette « zone où l'individu ne s'exprime pas encore dans sa subjectivité, mais sans laquelle il lui serait impossible d'exister avec un minimum de consistance » (Castel, 2009, p. 403). Cette notion permet de rendre compte de la fracture opératoire entre les sphères privée et publique de l'existence : à ce stade, la vulnérabilité d'Éric est maintenue, « derrière les décors de la vie sociale » (Elias, 2003, p. 182), grâce aux activités de contention et de réparation portées par ses proches notamment.

Dans ce contexte de désaffiliation, un réseau informel de solidarité vient à s'installer. La famille lui vient en aide, lui permettant paradoxalement de tenir le caractère relativement « privé » des troubles, et donc de tenir sa

place et son statut en public[223]. On voit par exemple certains de ses proches se *coaliser* pour apporter un support à Éric dans ses tâches administratives. Les factures continuent à affluer, qu'Éric, aux prises avec sa propre détresse, n'honore plus. De même, une série de procédures administratives sont laissées en suspens. Point ici une première dimension du travail de ses proches : la prise en charge subsidiaire de ses activités administratives. La mère et la concierge, qui sont largement en contact, s'organisent pour que les factures soient payées à temps.

Une série d'actes de soutien, avant tout matériel, sont aussi posés par les personnes qui entourent Éric. À mesure que sa capacité à remplir les attentes formelles concernant la capacité à se conduire en individu diminue, l'intervention informelle de ses proches croît[224], afin de maintenir le mythe de son autonomie. Du point de vue social, il est en effet indifférent que la conformité d'Éric provienne de la mise en action de ses capacités ou des agencements collusoires constitués autour de lui. La fiction de l'individu autonome n'implique pas une capacité individuelle à exercer ses droits et obligations. Il suffit que les attentes

[223] Éric a bien sûr une existence publique très restreinte. Il n'empêche que le travail de ses proches permet temporairement de lui permettre de *tenir* et de se conformer à peu près aux représentations sur ce que doit être un individu autonome.

[224] Celle-ci est opérée avec un grand souci de normalisation des rapports et de la situation. En effet, la préservation de la face d'Éric, menacée par les réponses unilatérales au trouble qu'il génère, constitue un enjeu majeur dans cette relation asymétrique de soutien qui contrevient franchement aux présupposés qui organisent le cadre relationnel entre adultes dans une société démocratique.

soient objectivement remplies pour que l'hypothèse de la capacité individuelle soit maintenue.

Les proches d'Éric prennent en charge les activités administratives ainsi que certaines dimensions de support (dans la mesure où Éric le permet) et de contrôle de ses états (sollicitation de nouvelles, passages à l'improviste, etc.). Sur le plan de sa liaison aux institutions autant que du maintien de soi, la désaffiliation d'Éric est donc en partie compensée par ce travail informel. Cependant, peu à peu et à la faveur de l'épuisement de ses proches, sa vulnérabilité commence à se manifester en dehors de la seule sphère privée dans laquelle elle avait été contenue jusque-là. Les manifestations de la désaffiliation et de la vulnérabilité psychique d'Éric entrent dans une logique de débordement, submergeant rapidement les sphères initiales dans lesquelles elles avaient émergé (Goffman, 1973 ; Berger, 2020). Le caractère irréconciliable de la vulnérabilité personnelle et de l'apparence publique de capacité s'objective progressivement à travers la régularité débordante des preuves publiques de son incapacité et de sa vulnérabilité.

5.3.2.2. « Tu divagues » : logique de débordement et consolidation des définitions du trouble

Ce n'est que deux ans plus tard que les conceptions du trouble se consolident réellement autour de repères psychiatriques. Comme le note Goffman (1973), « la perception qui reconstitue une offense ou une infraction en un symptôme médical amoral est souvent très tardive » (p. 322). Le refus de communiquer, la méfiance,

l'irritabilité et l'agressivité sont peu à peu perçus comme les signes d'un problème saisi en des termes de plus en plus proches de la « maladie mentale » ou du « trouble psychique ». Des amis rapportent à Carmen Alvarez qu'il dit « des choses un peu décalées » et qu'il « parle bizarrement ». Son comportement à l'égard de sa famille évoque « une espèce de paranoïa ». On commence à se dire qu'il y a peut-être bien « quelque chose qui ne va pas ».

La possession de soi et de ses problèmes, comme état reconnu de la personne par ses autres, est donc menacée par la symptomatisation de ses conduites, moment de dénégation factuelle de la possession de soi et de ses problèmes. L'intersection des dimensions structurales et culturelles qui était contenue dans la notion de propriété peut ici être pertinente, puisqu'elle permet au besoin d'intégrer dans l'analyse les dimensions de dépendance matérielle par exemple. Être possesseur de soi et de ses problèmes, c'est certes être reconnu légalement comme tel, mais c'est aussi être délié des contingences matérielles qui empêcherait une telle possession. La question du degré d'indépendance à l'égard des soutiens extérieurs, qu'ils soient informels ou officiels[225], est alors déterminante de la possession de soi et de ses problèmes, qu'elle soit ou non reconnue légalement.

[225] L'idée de la « citoyenneté amoindrie » rentre par exemple parfaitement dans ce cadre : émarger au CPAS ou faire des études subsidiées par ses parents induit une conditionnalité qui empêche la pleine possession de soi et de ses problèmes. Sur ces questions, appliquées au réforme des systèmes de protection sociale aux Etats-Unis, on se référera notamment à l'article de Jeff Maskovsky et Sandra Morgen (2003).

Vers la fin de l'année 2017, cette impression est confirmée par le comportement de Éric Vlaemynck sur les réseaux sociaux. Il y tient une page appelée « Eriquivore (a. k. a. O.G.) » sur laquelle il produit une masse impressionnante de contenus vidéos et graphiques. Cette activité numérique participe d'un déplacement de la ligne de partage entre privé et public, tout en accroissant radicalement le nombre des personnes spectatrices ou affectées[226].

> Tous les jours, on voyait ce qu'il faisait, ce qu'il publiait. […] Il n'y avait aucune réaction, parce que les gens avaient compris. Je ne comprenais pas qu'il ne réalisait pas qu'il était en train de déraper. C'est là que j'ai eu pitié de lui, même. Parce que je me disais « là, c'est grave hein, tout le monde voit ses publications… » Je ne voulais plus regarder. Il se mettait en scène ! La honte ! […] Facebook ne faisait rien [malgré nos demandes], qu'est-ce qu'il fallait faire ? Mon frère me disait d'aller chez lui et de frapper à la porte jusqu'à ce qu'il ouvre, mais le problème c'est que je n'avais pas envie non plus que tous les voisins soient au courant ! Parce que sur le même palier, vous aviez quatre voisins, qui eux déjà se plaignaient du bruit qu'il faisait.

En effet, les « délires » et les « problèmes » de Éric ne se manifestent pas uniquement sur les réseaux sociaux. Dans l'immeuble, on commence à se plaindre du comportement « excessif » et « virulent[227] » de ce voisin. Lors de son audition à la police, Pauline M., sa voisine, explique qu'« au départ, les crises n'étaient pas régulières (c'était par

[226] Sa page Facebook, « #ConsciencePodcast », compte encore 897 abonnés en avril 2021.

[227] Insp. Borne, procès-verbal, 19-04-18.

période), mais par la suite la situation a pris de l'ampleur. […] En plus de la destruction de mobilier, il hurle et crie pendant ses crises de démence[228]. »

Dans son entourage, un renversement s'amorce sur base de ce diagnostic encore *profane*. De fil en aiguille, l'hypothèse de capacité s'érode, ainsi que les repères juridiques et éthiques conventionnels qui étaient mobilisés jusque-là pour organiser la compréhension de ce qu'il se passait et imaginer des actions réparatrices. Il devient de plus en plus clair qu'Éric Vlaemynck « perd la raison », « qu'il dérape » et que cet état ne relève pas d'une seule « passe » qui pourrait être solutionnée par des moyens informels. Si au départ, on faisait face à une série d'évènements privés, inscrits dans des coordonnées plutôt relationnelles (difficultés conjugales, difficultés familiales, difficultés avec la hiérarchie professionnelle), le trouble s'autonomise et sa qualification se consolide dans la dynamique de son débordement. Parce qu'il affecte, de manière directe ou indirecte, de plus en plus de personnes, il est progressivement reconfiguré comme un problème en soi, comme un type de plus en plus « spécifique de déviance » dont la responsabilité du contrôle et du traitement est imputée à des agences officielles (Emerson, Messinger 1977).

5.3.2.3. « De vague à l'âme en lame de fond » : la recherche d'une intervention consentie

[228] Pauline Maes (voisine), audition de police, 19-04-18.

Carmen Alvarez parle de la situation avec son médecin traitant et lui demande d'aller voir son fils pour une consultation. Il refuse cependant parce qu'Éric ne consent pas à le voir ; sur cette base, le médecin ne peut pas intervenir. Outre les dispositions légales déjà évoquées, l'article 20, alinéa 1er du code de déontologie médicale, élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins, stipule que « le médecin veille à ce que le patient ou, le cas échéant, ses représentants consentent librement à toute intervention médicale, après avoir été préalablement informés. » Le commentaire précise que dans le cas où le patient a « marqué librement et expressément son opposition à toute intervention, l'abstention demeure la règle dans la mesure où les raisons de cette opposition perdurent. » Comme je l'ai souligné, le droit n'est pas quelque chose qui transcende l'expérience sociale, c'est une normativité sur laquelle, dans certaines circonstances, les acteurs rabattent leur action. Ces circonstances, ne sont pas uniquement celles du passage devant le droit, c'est-à-dire le judiciaire, elles peuvent être activées par une série d'autres médiations, en particulier la rencontre avec les professionnels. Ils sont alors des intermédiaires importants de la « découverte » du droit.

Cette reconnaissance du droit à consentir expressément aux soins, sous-tendue par une conception libérale du sujet, pose de nombreux problèmes dans les faits. Le trouble moyennement sévère, dont les manifestations ne seraient pas *assez* visibles ou dérangeantes, passera sous les radars institutionnels ; a contrario, certains troubles reconnus comme ne relevant pas d'une problématique

psychiatrique ou ne trouvant pas de structure de prise en charge vont être intégrés à cette mesure[229], pourtant conçue par le législateur comme devant être très restrictive[230].

En vérité, on a vu la dimension séquentielle de la micro-politique du trouble, qui intègre des tiers au fur et à mesure, dans des dynamiques relationnelles marquées par la collusion et l'exclusion de la communication. Or, c'est dans ces processus que se fait la découverte du droit (considérée comme dimension potentiellement constitutive des contextes d'action). La découverte du droit est médiée par les tiers qui apparaissent au long des séquences. Ce sont eux qui activent la dimension du droit, en recadrant les relations. Au gré de la rencontre avec les intermédiaires que les proches commencent à voir le caractère déterminant des dimensions légales constitutives des relations avec les proches.

Une amie, infirmière dans un service psychiatrique, lui conseille de demander l'intervention d'une équipe mobile. Les démarches sont faites, l'équipe juge la situation suffisamment problématique pour intervenir à domicile. Cette intervention de l'équipe mobile se solde néanmoins

---

[229] Il semble que la dimension contrainte de l'hospitalisation porte en effet au moins tout autant sur la puissance publique que sur le patient. Dans de nombreux cas, le recours à cette mesure médico-légale se fait pour contraindre les prestataires de soin à la prise en charge, face à la saturation des structures de prise en charge (et l'organisation particulière des soins en Belgique qui laisse le recrutement des patients à l'appréciation des structures — un patient *compliqué* aura donc de plus en plus de mal à trouver une place dans le réseau). On utilisera donc la mesure pour « forcer un lit ».

[230] Les données disponibles indiquent d'ailleurs une augmentation constante du recours à la mesure depuis 30 ans.

par un échec. Le rapport médical d'avril 2018 évoque succinctement la raison de ce revers : « monsieur n'a jamais ouvert la porte[231]. » À trois reprises, l'équipe de soignants fait face à une porte close. Lors de la dernière tentative, Éric communique via l'interphone avec l'équipe. Il accuse avec virulence sa mère d'être responsable de ce qui arrive et exprime son refus de rencontrer les soignants. Carmen Alvarez propose qu'on utilise sa clé, pour entrer malgré tout dans l'appartement et *forcer* son fils à entrer en contact. La proposition est refusée par les soignants, en droit belge « le patient a le droit de consentir librement à toute intervention[232] ».

À ce stade, la situation ne peut être saisie dans le registre médical ou psychiatrique, le consentement au soin n'étant jamais exprimé. Ici, il importe de noter les tensions qui émergent entre ce qui apparaît de plus en plus comme un état de grande vulnérabilité et de dépendance, et l'idée de la « subjectivité légale » (Broekman, 1986). Pour ses proches, Éric a manifestement besoin d'aide. Pourtant, il est en droit de la refuser, et les intervenants sont contraints de se plier à ce refus exprès. Plus encore, il faut souligner que cet écart entre les présuppositions du droit et l'expérience *réelle* des personnes affectées par l'état d'un proche vulnérable est tenable tant que des actions d'ajustement, d'administration et de réparation peuvent être mises en place. Ainsi, Éric est *capable juridiquement* de refuser les soins grâce aux actions compensatoires des

[231] Dr Streel, rapport médical circonstancié, 19-04-18.

[232] Article 8., § 1er de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

personnes qui l'entourent ; quand sa mère met un appartement à sa disposition ou quand la concierge récupère les factures déchirées dans ses poubelles.

Du côté du trouble à l'ordre public, on ne manque en revanche pas de prises sur la situation, devenue « insupportable[233] » dans l'immeuble. De multiples interventions policières sont menées au domicile de Éric, avant tout en raison des appels des voisins qui se plaignent des nuisances ou disent « avoir peur[234] ». Ces interventions opèrent dans un autre cadre normatif que celui du soin et de l'accompagnement. Carmen Alvarez pointe notamment la prévalence des critères liés à la dangerosité qui empêche, selon elle, la prise en charge de son fils tant que les conséquences de ses conduites se maintiennent en deçà d'un certain seuil. Elle évoque ainsi la fois où Éric aurait fait tomber des objets du 9e étage.

> La police a fait son constat, a vu que c'était tombé de chez lui. Ils savaient que c'était de chez lui ! Mais ils ont dit qu'il n'y avait personne qui avait été blessé. Donc il n'y avait rien. Il n'y a rien, il n'y a pas de suite ! Donc il fallait que ça tombe sur quelqu'un pour qu'on puisse intervenir. Il fallait attendre qu'il y ait un blessé, alors là…[235]

L'agente de quartier, très investie, évoque également cette impuissance policière dans l'une de ses nombreuses conversations virtuelles avec Carmen Alvarez : « du côté

[233] Insp. Rogier, procès-verbal, 16-04-18

[234] Monique Dubé (voisine), lettre adressée à Carmen Alvarez, 18-04-18

[235] Carmen Alvarez, entretien, mai 2021

de la police, à part aller le chercher quand il fait des crises, on ne sait rien faire[236] ».

La famille d'Éric entre alors dans cette phase que Gail L. Plummer (1968) qualifie, dans son commentaire de « Neige secrète, neige silencieuse » de Conrad Aiken, d'« inquisitoire ». Bien qu'on puisse regretter les accents antipsychiatriques de la formule, pour une série de raisons évoquées dans ce travail, elle permet néanmoins de mettre en lumière deux choses importantes.

D'une part, le fait qu'elle procède d'un basculement des formes relationnelles et de leur symétrie. De toute évidence, dans les faits, la relation était déjà marquée par une certaine asymétrie, due notamment à ses composantes de dépendance matérielle (prêt de l'appartement) et des ajustements particuliers qu'elle impliquait. Néanmoins, la préférence, et la mise en place, de solutions plus douces et négociées montre une conception antérieure basée sur l'hypothèse qu'Éric Vlaemynck était considéré par ses autres comme un acteur crucial de la résolution de son problème. Lui était reconnue une certaine « possession de soi et de ses problèmes ». En ce sens, le qualificatif d'« inquisitoire » trouve un certain sens dans le fait que les modalités de l'enquête en viennent à être déterminées de plus en plus unilatéralement par les autres.

D'autre part, cette référence, d'un romantisme antipsychiatrique assez convenu, à l'inquisition et à la chasse aux sorcières n'est pas tout à fait dénuée de sens,

[236] Insp. Moens, conversation WhatsApp avec Carmen Alvarez, 28-03-18.

en ce qu'elle permet de rappeler la dimension contingente de l'appel à un médecin. En effet, la légitimité de l'intervention médicale pour ce type de trouble, sans aucun doute déterminante de sa problématisation, prend pied dans un contexte historique d'appropriation médicale des phénomènes psychiques, dont j'ai rendu compte dans le deuxième chapitre. Or, celle-ci, si elle a débouché sur un système de propriété relativement stable qui alloue aux médecins le droit de dire *ce qui est* en cette matière, n'en est pas moins contingente du point de vue sociohistorique. L'assimilation de l'examen médical à un procès d'inquisition permet en ce sens de considérer l'affinité fonctionnelle entre diverses réponses sociales au trouble, sans aller cependant jusqu'à considérer que cette affinité d'opportunité les rend aussi illégitimes les unes que les autres. En d'autres termes, le bûcher, l'asile et l'hôpital constituent, du point de vue social, des mécanismes constitutifs de la régulation des phénomènes psychiques, et sont donc, de ce point de vue, comme le souligne Goffman (2016) relativement contingents[237], cela tant du

[237] Plus profondément, on pourrait complexifier cette conception en considérant que ce ne sont pas seulement les manières de répondre au trouble qui sont déterminées par les conditions culturelles, sociales et politiques, mais aussi les formes expressives des manifestation du trouble ainsi que les manières de le problématiser. Carlo Ginzburg (2010) dans une relecture de l'« homme aux loups » de Freud montre l'importance du « milieu culturel ambiant » qui permet d'expliquer que ce dernier « n'a pas suivi la voie qui se serait ouverte à lui deux ou trois siècles auparavant. Au lieu de devenir un loup-garou, il est devenu un névrosé, au bord de la psychose » (pp. 338-339). L'assimilation entre la sorcellerie et la psychose n'est alors pas opérée au nom des réactions sociales qu'elle génère, dans une conception « homéostasique » du social où les processus régulateurs visent la défense contre les menaces faites à l'ordre (Goffman, 1973). Elle l'est à partir de

point de vue d'une sociologie de l'action que dans une perspective sociohistorique plus large.

Les formes et les modalités de ce moment de renversement seront analysées dans les pages qui suivent, du point de vue de la configuration légale. Il convient cependant au préalable de souligner certains éléments concernant ce moment de l'examen médical qui permettent d'éclairer les caractéristiques fondamentales des micro-politiques du trouble, lorsque celles-ci basculent à la faveur d'une intervention tierce.

Il faut dans un premier temps noter la charge stigmatique que comporte la mise sous le regard d'un tiers de la situation familiale troublée. Cette dimension est importante en ce qu'elle risque d'être déterminante du laps de temps entre l'émergence d'un trouble et l'appel à un tiers. J'ai en effet avant tout considéré l'idée que l'appel à un tiers coïncidait avec l'échec des mesures basées sur les ressources intrinsèques aux relations entre les personnes directement exposées aux manifestations du trouble, sur des scènes familiales. Il faut cependant ajouter à cela l'idée du coût qu'un tel appel peut représenter pour les membres, eu égard à l'accroissement de la « notoriété » du stigmate qui accompagne l'exposition du trouble (v. Goffman, 1975). Les gains de réduction de l'incertitude et

---

l'hypothèse que la sorcellerie et la psychose sont deux modalités d'expression d'un certain rapport dissocié ou divergent entre l'individu et le monde, situées dans des coordonnées historiques et culturelles différentes. Alain Ehrenberg (2010) et Nicolas Marquis (2014) montrent, avec un point de vue finalement pas si éloigné, la montée en puissance du jeu de langage de la santé mentale comme moyen d'exprimer, et donc de vivre, le malaise. Les formes d'expression, et donc d'expérience du malaise, sont elles-mêmes historiquement contingentes, en un sens.

les espoirs de remédiation du trouble offerts par l'appel à un tiers sont en effet en tension avec le coût que celui-ci fait peser sur les membres de la famille, dont les affaires étaient jusqu'ici soigneusement conservées à l'abri des regards. En ce sens, l'appel à un tiers relève d'un déplacement de la ligne de ce qui sépare le privé du public, exposant les membres de la famille au déshonneur et à la honte[238]. C'est une chose assez marquée dans nos entretiens avec les proches — déterminant, semble-t-il, des temporalités de l'appel[239].

À cette dimension stigmatique sont aussi liés des enjeux de réceptivité du discours de la personne fauteuse de trouble, qui ne tiennent pas uniquement à la configuration légale de la situation. Le comportement d'Éric, et en particulier son déni du caractère problématique du trouble

[238] Il s'agit d'un phénomène que Goffman (1975) a caractérisé comme « stigmatisation de courtoisie ». Celle stigmatisation par association touche tout particulièrement les proches dans le cas de la maladie mentale, l'idée même de la famille comportant ceci de particulier que la dégradation de statut d'un de ses membres irradie sur les autres membres. Quelques travaux intéressants ont été menés, essentiellement en langue anglaise, sur ces phénomènes de honte et de « contamination » de la famille (Kreisman, Joy, 1974 ; Phelan *et al.*, 1998 ; Corrigan, Miller, 2004).

[239] Aux côtés de considérations pour le coût du deuil, motif souvent mis en avant par les proches dans nos entretiens. L'appel à un tiers porte le risque de se voir confirmer ce dont on se doutait, mais que l'on craignait, à savoir que le comportement de la personne fauteuse de trouble n'est intelligible qu'à partir d'une hypothèse radicale sur son état, celle de la psychopathologie ou de la maladie mentale. Cette idée d'un deuil à faire, une fois le diagnostic posé, n'est évidemment en rien étrangère à la charge stigmatique de ce diagnostic. Le diagnostic agit pour de nombreuses familles rencontrées comme un vecteur de transformation de conditions non-désirées et inintelligibles en un état intelligible, mais non désirable.

vécu sur la scène familiale[240], constitue une offense pour ses autres.

5.3.2.4. « Quand tout s'enflamme » : Plaintes et requêtes pour une intervention formelle

Dans ces conditions, le travail définitionnel autour du trouble acquiert une dimension oppositive très marquée, que vient renforcer le droit lorsqu'on l'appréhende à partir d'une approche relationnelle.

En effet, la micro-politique du trouble d'Éric Vlaemynck, majeur réputé en pleine possession de ses moyens, relève d'un modèle relativement simple : ses prétentions à faire valoir son droit à se retirer du monde sont *a priori* considérées comme relevant de raisons subjectives valables objectivement, donc non pathologiques (comptables de l'intervention d'un médecin). Le travail définitionnel de ses autres et les réponses correctives qu'ils apportent face au trouble ne peuvent être opérés que dans les marges informelles d'une situation définie légalement comme relevant de la pleine possession de soi, en dehors des situations d'exception. Éric a donc le droit plein et entier de dire *ce qu'il en est de sa situation*, et partant, d'être unique concepteur, ou demandeur, des éventuelles solutions à y apporter. Dans le cadre légal ordinaire, la

[240] Par la seule reconnaissance de ce caractère problématique, Éric enclencherait une forme d'action réparatrice du trouble, puisqu'il se distancierait de l'offense qu'il génère et offrirait à ses autres des pistes d'action

« non-demande[241] » de l'individu l'emporte sur les demandes de ses autres : les seules solutions légitimes sont celles choisies par la personne pour elle-même, peu importe leur opportunité du point de vue des autres personnes affectées. En des termes juridiques, on pourrait dire de ce point de vue que l'exercice personnel des droits constitue une condition déterminante de la jouissance personnelle des droits — cela en matière de soins comme dans d'autres domaines[242].

Les réponses institutionnelles mises alors en place s'articulent à une perspective de contrôle social et nécessitent in fine la « réfragabilité » de la capacité juridique d'Éric (Eyraud, 2012). Face aux incapacités de fait, un basculement normatif progressif s'amorce, depuis des présuppositions libérales vers des logiques de contrôle social et de sécurité. En ce sens, l'intervention des tiers officiels se fera finalement au nom de motifs d'ordre public et de protection de la propriété, montrant la difficulté de l'entourage d'Éric à trouver une aide inscrite

[241] Le terme est utilisé par les intervenants psycho-médicosociaux. Il vise à définir les cas où un « individu qui vous est amené, ou est arrivé jusqu'à vous, et qui, quand vous lui demandez en quoi vous pouvez l'aider, vous demande quelque chose que vous ne pouvez pas lui fournir, ou ne vous demande rien. » (Çakir *et al.*, 2021, p. 37). Il est possible d'étendre cette notion à l'ensemble des situations dans lesquelles un individu, alors qu'il pourrait être considéré du point de vue médical comme porteur d'une maladie mentale ou d'une vulnérabilité psychique, ne demande rien sur le plan médical. Les comportement d'Éric peuvent de ce point de vue être considérés comme relevant de la non-demande.

[242] La « non-demande », jugée comme attitude passive et moralement condamnable, est alors bien souvent l'objet de mesure de sanctions de la part des organismes et institutions : il est exclu du chômage, sans ressources financières complémentaires.

dans des justifications liées strictement à sa vulnérabilité psychique et sociale.

La scène familiale se scinde en deux factions : d'un côté Éric, seul, en retrait croissant du monde, de l'autre ses autres, qui peu à peu intègrent des tiers dans un véritable « réseau collusoire », c'est-à-dire, pour rappel, une « coalition qui vise à un contrôle particulier : celui de la définition de la situation par la tierce partie » (Goffman, 1973, p. 316). La définition du trouble se stabilise peu à peu en un problème psychiatrique. Éric, unique membre de la faction opposée et fauteur du trouble familial, reste néanmoins, du point de vue du droit, la seule personne reconnue comme pouvant définir ce qu'il se passe. Son droit à dire ce qu'il en est de son état est formellement reconnu, de même que son droit à refuser de répondre aux sollicitations de ses proches ou à subir un examen médical à son domicile. En ce sens, lorsqu'on appréhende la séquence sous l'hypothèse qu'elle est jouée par des « sujets légaux », l'asymétrie du pouvoir de définition saute aux yeux : il est entièrement détenu par Éric, sécurisé par les intervenants médicaux qui refusent toute intervention.

Certes, il serait possible de considérer que la relation n'est ici pas uniquement descriptible à partir de l'allocation asymétrique des droits : en tant qu'agents économiques par exemple, les proches d'Éric sont dans une position d'ascendance, celui-ci ne disposant pas de ressources propres, il dépend de leur soutien matériel. De même, en tant qu'elle est constituée d'êtres affectifs ou de sujets psychologiques, cette relation ne peut être décrite sous la même forme qu'en tant qu'elle est constituée de sujets

légaux. En l'espèce, on peut d'ailleurs considérer que ces dimensions économiques, affectives ou psychologiques sont plus déterminantes des manières de concevoir et d'organiser la relation dans l'administration du trouble que celle définie par le droit. Cependant, lorsqu'il s'agit d'initier une intervention, cette configuration légale est déterminante, et c'est à elle que se réfèrent les intervenants, c'est elle qui définit les formes de relation qui peuvent être entretenues avec Éric. Il est, de ce point de vue, un sujet légal particulièrement fort : lui sont reconnus de nombreux droits dans la relation avec ses proches et avec les intervenants médicaux et psychosociaux, surtout ceux de décider de ce qui est *bon* pour lui, ou même simplement d'orienter la définition de *ce qui lui arrive*.

En février 2018, la police intervient une nouvelle fois après qu'Éric a cassé, très bruyamment, semble-t-il, une porte vitrée dans son appartement. Des agents l'interpellent et enclenchent une première procédure *Nixon*, donnant lieu à une expertise psychiatrique. Sur celle-ci, on dispose de peu d'information : « expertise en février 2018 rendue négative[243] ». Proches, intervenants et voisins sont démunis, leur capacité d'action étant restreinte. Lorsqu'elle évoque cette période, Carmen parle d'ailleurs de « désespoir » et de « peur ».

Il apparaît pourtant clairement qu'il faut qu'Éric « soit pris en charge par des spécialistes, car il représente un danger pour lui-même et pour autrui[244] ». Divers intermédiaires

[243] Dr Streel, rapport médical circonstancié, 19-04-18.

[244] Insp. Jablonowski, procès-verbal, 31-03-18.

(soignants, agente de quartier, amie) conseillent à sa mère d'envisager une mesure d'hospitalisation contrainte. En effet, il faut « l'arrêter pour le soigner », ce qui est impossible à faire sans un renversement normatif de la situation, c'est-à-dire la transformation des coordonnées légales qui la régissent et le basculement dans un autre régime de légitimité des réponses. Dans le cadre du droit psychiatrique, rien ne semble pouvoir être opposé au refus de soin d'Éric si ce n'est un état de nécessité, basculant dans des mesures d'exception, indexées sur une condition légale que « son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui [245]».

La mère d'Éric Vlaemynck s'engage alors dans un travail de constitution d'un dossier de requête, qu'elle ira déposer auprès du juge de paix[246]. Elle récolte des pièces et des témoignages, elle joint les photographies de l'appartement, prises un jour où son fils avait été emmené au poste. On lui conseille « d'insister [sur le] danger que cet individu fait courir aux occupants de l'immeuble[247] », de « [ne pas hésiter à appuyer] sur le fait qu'[il] est vraiment en danger (il ne mange plus, il jette de choses par la fenêtre) [248] » ou

[245] Article 2, alinéa 1er de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental.

[246] Il s'agit de la version « ordinaire » de la mesure, prévue par l'article 5 de la loi citée *supra*.

[247] Jean-Vincent Caillou (voisin), courriel adressé à Carmen Alvarez, 21-03-18.

[248] Insp. Moens, conversation WhatsApp avec Carmen Alvarez, date inconnue.

encore de bien souligner « le fait qu'il a maigri[249] ». Lorsqu'elle se rend au greffe de la justice de paix de Bruxelles (4e canton) pour déposer le dossier ainsi constitué, le greffier la dissuade cependant d'entamer une telle procédure, jugeant que les chances objectives qu'elle aboutisse sont très faibles.

> Il me dit « parce que si vous déposez votre dossier ici, ça peut traîner d'abord… Et puis, ça peut être rejeté aussi ! Si les arguments ne sont pas assez solides, ça peut être rejeté ! Donc allez directement chez le procureur ! »

Insistant sur la nécessité de passer par la procédure d'urgence, le greffier va plus loin, conseillant à Carmen Alvarez d'engager une procédure d'expulsion contre son fils.

> Le greffier m'a dit « eh bien vous devez le mettre dehors !» J'ai dit « Mon fils dehors ? Moi-même je vais le mettre dehors ? Mais comment ça ? » Il m'a répondu « Vous devez faire… Vous devez le mettre à la rue ! Et quand il sera dans la rue, là il sera peut-être en danger… et hop, on va le cueillir ! »

Carmen Alvarez se refuse à faire expulser son fils. Pourtant, le retranchement d'Éric devient très problématique, et pas uniquement du point de vue de l'accès aux soins. Elle s'en livre lors d'une audition spontanée à la police, son fils « commence à ne plus payer le loyer et n'accepte pas de recevoir des personnes dans son appartement (étant propriétaire de l'appartement je risque une grosse amende, car [il] n'a pas voulu ouvrir la

[249] Carmen Alvarez, entretien, novembre 2020.

porte aux ouvriers qui devaient pulvériser du produit pour la lutte anticafard)[250] ». En outre, le « syndic de la copropriété [l'] interpelle régulièrement au sujet du comportement [d'Éric Vlaemynck], lequel ne cesse de violer le règlement d'ordre intérieur[251]. » Une plainte est déposée le 27 mars 2018 que la police « n'acte pas […], car il n'y a pas de dégâts dans les communs[252] ». Un habitant du 8e étage explique dans une lettre jointe à la requête qu'« il ne fait plus bon vivre à l'avenue Disteel[253] ». Pauline M. explique à la police qu'elle vit une « situation tellement insupportable [qu'elle] vient de mettre son appartement en vente, car il lui est impossible de continuer dans cet immeuble et dans de telles conditions[254] ». L'enquête de voisinage réalisée lors de l'intervention d'avril constatera que « la concierge de l'immeuble est à bout moralement de cette situation ainsi que les autres résidents de l'immeuble[255] ».

5.3.2.5. « Des lassos qui tournoient et s'entrelacent » : refus de soin et hospitalisation contrainte

« Je l'ai vu attaché à son lit, ça m'a fait un choc ! » explique Carmen lors d'un groupe de parole organisé par une association de proches de personnes atteintes de troubles

[250] Carmen Alvarez, audition de police, 31-03-18.
[251] Me Haas (avocat de Carmen A.), mémo, date inconnue.
[252] Insp. Moens, conversation WhatsApp avec Carmen Alvarez 28-03-18.
[253] Joseph Guillaume (voisin), lettre adressée à Carmen Alvarez, 12-04-18.
[254] Pauline Maes (voisine), audition, 16-04-18.
[255] Insp. Bakali, enquête de voisinage, 19-04-18

psychiques[256]. C'est comme cela qu'elle évoque, un an et demi plus tard, sa première visite à son fils après l'intervention de la police et son hospitalisation contrainte. Ce dernier est en effet « contentionné dans sa chambre » et a dû « être sédaté » parce qu'il aurait fait preuve d'« une forte agressivité » à son arrivée dans le service, tentant d'« enfermer un soignant dans sa chambre[257] ».

L'audience du 25 mai se déroule d'ailleurs en son absence. La psychiatre y exprime un certain doute par rapport à la présence de Éric Vlaemynck dans son service. Le rapport d'expertise n'ayant pas encore été transmis, elle manque d'éléments. Elle signale toutefois qu'il s'agit d'« un patient qui donne bien le change, mais est relativement incohérent quand même[258]. » Lorsque l'avocat d'Éric, désigné d'office[259], est ensuite invité à intervenir, il le fait de manière succincte, et dans un registre argumentaire qui ne mobilise pas de références juridiques directes.

> Monsieur dit qu'on lui donne des soins de force, il refuse. Mais j'entends ce que dit la psychiatre, et le besoin de temps ici. C'est d'autant plus vrai qu'il est en procédure d'exclusion de son appartement. Où peut-il aller sinon ici[260] ?

Carmen Alvarez et son avocat ont en effet introduit, par citation d'huissier, une procédure d'expulsion auprès du

---

256 Carmen Alvarez, groupe de parole, novembre 2020.

257 Dr Idrissi, audience de justice de paix, 25-04-18.

258 Dr Idrissi, audience de justice de paix, 25-04-18.

259 Article 7, § 1er de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

260 Me Mbokamosika, audience de justice de paix, 25-04-18.

juge de paix de Bruxelles (4e canton), demandant des débats succincts[261]. Ils arguent de l'urgence d'une décision qui empêche Éric d'accéder à l'appartement afin d'« éviter tout futur incident qui pourrait se révéler catastrophique », estimant en outre que « le cité ne peut plus vivre seul et doit être pris en charge par une structure adéquate[262] ».

Ce problème de logement semble décisif dans la décision de la juge de paix de Saint-Josse-Ten-Noode. Elle décide de l'hospitalisation contrainte tout en confessant n'être pas absolument certaine de son bienfondé en l'espèce. La psychiatre dit partager cette hésitation, mais explique avoir besoin de temps. Le patient est arrivé il y a cinq jours et est « violent » depuis. Jusqu'à présent, aucun moyen de procéder à des examens supplémentaires. Carmen l'interrompt pour la questionner sur le diagnostic ; elle répond : « après cinq jours, c'est difficile. C'est pour ça que nous demandons les 40 jours… »

Le 8 mai, le greffe de la justice de paix de Saint-Josse-Ten-Noode reçoit un « certificat circonstancié du Docteur Erwan G., médecin psychiatrique de cet établissement, concluant […] à la nécessité du maintien de l'hospitalisation […] ainsi que prévu par l'article 13 de la loi du 26 juin 1990 ». L'audience est fixée le 23 mai 2018 à 13 h pour que la juge puisse procéder à la « visite de la personne dont le maintien en institution est sollicité[263] ». À

[261] Article 735 du Code judiciaire.

[262] Me Haas (avocat de Carmen Alvarez), procédure d'expulsion, date inconnue.

[263] Madison Coudron (greffière déléguée) et Gary Dubé (juge de paix), ordonnance de fixation, 08-05-18

cette audience, en réponse à une question de la juge, Éric dit estimer que sa place est à l'hôpital, le temps de retrouver un « équilibre » et un « projet de sortie ». Il voudrait cependant pouvoir faire des petites sorties — cela fait plus d'un mois qu'il n'a pu sortir à l'air libre. La juge se tourne vers la psychiatre à sa gauche : « ça, il va falloir voir avec le médecin ! » Celle-ci indique envisager des sorties à partir du lendemain. La magistrate souriante pivote vers Éric qui lui fait face : « Vous avez entendu ? », il répond : « Oui, c'est positif ! Ça me fait plaisir[264] ! »

Le 27 juin 2018, Éric est condamné par le juge de paix de Bruxelles (4e canton) à « libérer [les lieux] et les remettre à la libre et entière disposition de la partie demanderesse pour le 30 juin 2018 au plus tard[265]. » Quelques jours plus tard, il quitte le service fermé pour une hospitalisation volontaire dans une clinique bruxelloise. Après quelques mois, il est accueilli dans une initiative d'habitation protégée (IHP). À ce moment-là, ayant été en incapacité de travail pendant plus d'un an, son statut d'invalide est reconnu par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Il bénéficie depuis d'une allocation de remplacement de revenu, gérée par son administratrice de biens.

Depuis, Carmen voit de temps en temps son fils. Elle le trouve un peu distant, il ne lui a jamais présenté son colocataire ni montré son nouvel appartement. Elle essaie

[264] Éric Vlaemynck, audience de justice de paix, 23-05-18.

[265] Georges Hussart (greffier délégué) et Chantal Wery (juge de paix), jugement d'expulsion, 27-06-18.

de « garder un contact avec lui en lui déposant un repas chaud une fois par semaine[266] ». Elle note alors qu'il va un peu mieux. Elle n'a en revanche aucune communication avec l'équipe soignante, ce qu'elle regrette.

5.4. Conclusion

C'est ici qu'on peut procéder à une montée en généralité à partir du cas d'Éric, concernant les adultes majeurs, avec cette spécificité cruciale que leur possession de soi et de leurs problèmes est *a priori* consacrée légalement, sous l'hypothèse de capacité civile, vecteur central, aux côtés des éléments de droit psychiatrique, de l'individualisme possessif. Les luttes définitionnelles qui sont au centre des micro-politiques familiales constituent donc l'espace d'une confrontation de pouvoirs définitionnels, puisque les personnes adultes sont reconnues *de jure* comme en possession d'elles-mêmes et de leurs problèmes, quand bien même elles seraient jugées *de facto* incapables de soutenir une telle supposition sur elles-mêmes.

Certes, aux yeux des proches, la personne peut être considérée comme vulnérable, et peut-être incapable, mais d'un point de vue légal, point de vue central dans nos états de droit, la personne est considérée, sauf décision contraire, comme étant a priori capable, et égale aux autres. Cela vient avec une responsabilité : celle de payer ses impôts, de répondre à des convocations, celle de rouler normalement, de se nourrir correctement, de se comporter grosso modo dans le cadre des conduites

[266] Carmen Alvarez, groupe de parole, novembre 2020.

autorisées, et puis aussi d'aller demander des soins ou de l'aide lorsque nécessaire. Cette conception libérale du sujet vient nécessairement avec des mesures d'exception : à l'époque l'interdiction et la séquestration, et puis à l'heure actuelle, l'administration des biens, qui s'étale sur un gradient fin des mesures ainsi que le dispositif de la mise en observation, qui est certes un dispositif thérapeutique, mais qu'on peut aussi analyser à partir du référentiel juridique comme un retrait, prévu comme temporaire et contrôlé sur un plan judiciaire, de la capacité civile totale, et du panel de ce *qu'offre* la capacité civile. En ce sens, l'enfermement, fût-il thérapeutique, constitue une restriction de ces droits, et donc une transformation de l'ordre classique de propriété des problèmes, octroyant un pouvoir de définition sans partage aux personnes en ce qui concerne leurs *problèmes privés*, c'est-à-dire les « significations intimes » de leur expérience, leur « image de soi et le sentiment de [leur] propre identité » (Goffman, 1968).

Il est alors possible de reformuler la problématisation au fondement des micro-politiques du trouble comme concernant essentiellement un jugement sur la possession de soi et de ses problèmes du fauteur de trouble par ses autres. En effet, l'ensemble des ajustements correctifs, des réponses adaptatives et du travail interprétatif dont j'ai rendu compte prend pied sur le fond culturel et anthropologique de ce que certains ont qualifié d'individualisme possessif, c'est-à-dire d'une conception spécifique de ce qu'est l'individu et de son rapport à la société.

On le voit, les micro-politiques du trouble, malgré leur caractère « privé », ne peuvent être décrites à partir d'un « présentisme » ou d'un « localisme » absolus (Cefaï, Terzi, 2012). Les situations sont configurées par des dimensions d'ordre structural et statutaire, par la reconnaissance légale de la capacité d'action, par l'institution de frontières et de formes relationnelles. En l'occurrence, dans les micro-politiques du trouble, il semble qu'on puisse considérer avant tout cette question à partir du *droit de définition*, qui est constitutif du « pouvoir de définition » en situation.

Le droit repose sur des conceptions de l'individu et du collectif, et des principes quant à leur mode de (dé)liaison et des modes d'imputation de responsabilité. La codification juridique des relations et pratiques sociales charrie certaines présuppositions éthiques ou valeurs morales. Jusqu'au moment du renversement normatif qui procède de la redéfinition du trouble, ce sont les *mythes* juridiques du « sujet libéral » et de l'égalité formelle qui prévalent pour appréhender les situations (Fineman, 2013). Partant, rôles, droits, obligations et pouvoir d'action sont distribués en vertu de l'affirmation du caractère privé des problèmes, donc de l'hypothèse de la responsabilité individuelle du fauteur de trouble. Dans ce cadre, la responsabilité publique de la prise en charge est médiatisée par le droit psychiatrique, ainsi qu'elle mise en tension avec des obligations morales pour les proches, soutenues par des conceptions de *ce qu'est* une famille (Holstein, 1988a) ou simplement induites par des nécessités de réparer les « ravages » causés par le trouble.

Le cadre légal institue des relations basées sur une présomption mutuelle de capacités, peu importe que celle-ci soit factuellement vérifiée : le fait de l'incapacité, qu'elle soit temporaire (ébriété, crise, etc.) ou plus permanente, n'importe pas tant qu'elle n'est pas reconnue légalement. A priori, les relations sociales peuvent toujours être pensées comme des relations entre sujets légaux, sauf exception. Ces exceptions, ce sont par exemple l'ancienne mesure de l'interdiction, ou l'administration des biens et/ou de la personne, ainsi que la loi de protection de la personne malade mentale, qui suspend, pour un moment défini et contrôlé par le pouvoir judiciaire, la présomption de capacité et l'ensemble des droits qui s'y rapportent (en l'occurrence, ne serait-ce, en l'espèce que le droit de circulation[267]).

Ce chapitre a donc permis de mettre en lien la « découverte » des dimensions juridiques des relations avec le travail effectué par les proches dans cette micro-politique du trouble. Or, du point de vue séquentiel, la capacité non soutenue ou peu soutenue de prise en charge des familles tend à s'essouffler. Puisque la configuration juridique est précisément à la base de la nécessité de ce soutien informel des familles — puisqu'elle est en outre sans cesse contredite par la situation[268] —, les familles

[267] Au fondement de la conception libérale du droit, qu'on pense à l'*habeas corpus*.

[268] C'est-à-dire par l'écart grandissant entre les présuppositions à l'égard de la personne, renforcée par le cadrage juridique, et la situation réelle, qui appelle un nouveau cadrage de la situation.

viennent à se rendre compte qu'il s'agit d'opérer un « renversement normatif ».

6.
LA REQUÊTE D'UN « RENVERSEMENT NORMATIF » ET SES FORMES : L'INTERVENTION MÉDICALE, L'APAISEMENT DE LA FAMILLE ET LA PROTECTION DE L'INDIVIDU

> Si j'écris : « Un homme très fort entra dans la pièce », cela signifie seulement qu'il est fort par rapport à moi. À moins de m'être déjà bien fait connaître du lecteur, je risque bien d'être le seul client du bar que la carrure du nouvel arrivant impressionne. Mieux vaut écrire : « Un homme entra. Il portait une canne et, pour je ne sais quelle raison, la brisa brusquement en deux comme une brindille. » Certes, cela est plus long à raconter.
>
> Norman Mailer, *Les vrais durs ne dansent pas*

La constitution juridique des relations sociales, et donc familiales, pose dorénavant comme principe déterminant que « la prise en compte des différences ne doit jamais restreindre le postulat fondamental de l'égalité des personnes » (De Munck, 2022, p. 145). On a vu les conséquences que cela peut avoir pour les familles qui font

face à des troubles *quotidiens, mais extraordinaires*[269] et au « ravage » qu'ils génèrent sur leur environnement d'accueil. En effet, la constitution juridique nouvelle de relations entre des « sujets légaux » restreint *en droit* les solutions disponibles aux « autres[270] » de la personne malade : celles-ci doivent être symétriques et négociées, puisque basées sur la présomption de la capacité des personnes, « des droits, libertés et satisfactions de l'homme ordinaire » (Goffman, 1968, p. 154). C'est notamment au niveau de la possibilité d'intervention d'agences que ces nouvelles coordonnées juridiques sont déterminantes : aucune intervention extérieure n'est envisageable en dehors du consentement exprès, ou au moins tacite[271], de la personne. Dans un contexte de désinstitutionnalisation, cette restriction des prises des personnes et des possibilités

---

[269] Pour rappel, j'ai défini les troubles qui me concernent dans ce travail, ceux qui sont inscrits par les personnes dans un registre de problématisation plus ou moins psychiatrique, comme étant des troubles *quotidiens, mais extraordinaires*. Sur base des conceptualisations d'Emerson et Messinger (1977) et d'Emerson (2009 ; 2011 ; 2015), j'entends par-là désigner des troubles dont les scènes de manifestations sont les espaces de la quotidienneté domestique, marquée par des coordonnées de familiarité et d'interconnaissance forte, mais dont le caractère progressivement extraordinaire implique le recours à des solutions particulières, souvent extrinsèques aux relations au sein desquels ils se manifestaient, voire parfois *extrêmes* (Emerson, 1981).

[270] Avec Goffman (1973), je définis les « autres » comme « les personnes qu'il [le fauteur de trouble] identifie comme jouant un rôle significatif dans sa vie » (p. 314). La notion vise alors à désigner l'ensemble des personnes qui, dans l'entourage du fauteur de trouble et impactées par les manifestations du trouble, ne sont pas là par mandat professionnel

[271] Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 8., § 1er : « Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. »

de recours à des solutions non symétriques face à des situations troublées doit être étudiée avec attention. Comment amorcer une intervention non souhaitée par la personne dans le cadre normatif (moral et légal) qui organise les prises en charge ? En le renversant ! C'est cette question que j'étudie dans ce chapitre, sur base d'une analyse de requêtes d'hospitalisation contrainte déposées par les proches auprès du service de défense sociale du parquet de Bruxelles.

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 campagne de récolte de données effectuée au cours des années 2020 et 2021 au service de défense sociale du parquet de Bruxelles. Le traitement du matériau empirique a été réalisé au travers d'une analyse qualitative double : une analyse thématique de contenu et une analyse classificatoire des documents. La première partie de l'analyse a été opérée à l'aide d'un logiciel d'aide à l'analyse qualitative de données (Nvivo). 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 dégageant 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 26 catégories et 123 sous-catégories. Les 26 catégories sont : (1) expression d'affects par rapport à la situation, (2) expression de demandes annexes, (3) description des actions de remédiation et de contention entreprises, (4) description des manifestations du trouble, (5) éléments d'identification, lieu où se trouve le malade, (6) éléments sur le malade, (7) expression d'enjeux affectifs, loyauté vis-à-vis du malade, (8) évocation de la dangerosité, (9) évocation de problèmes somatiques, (10) évocation d'une stabilisation passée, (11) explicitation des liens au requérant principal, (12) expression des conséquences du ravage (santé, habitat, finances), (13) expressions d'anticipations sur l'évolution de la situation, (14) forme de l'intervention demandée, (15) formules intéressantes, (16) formules révérencieuses, complicité avec le parquet, (17) fragilité du réseau de soin autour du malade, (18) impossibilité de se conformer aux critères de la loi, (19) manières de dire la maladie, (20) mention d'éléments de vulnérabilité externe, (21) personnes convoquées à l'appui de la requête, (22) préférence pour un hôpital, refus d'un hôpital, (23) qualification en incapacité, influençabilité, irresponsabilité, vulnérabilité, (24), qualification morale, (dé) responsabilisation, (25) rapport du malade au soin, et (26) situation familiale du malade.

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. 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 d'interpellation, (15) décision du parquet, (16) document médical joint à la requête, (17) avis rendu dans le cas d'une expertise.

L'analyse du recours à ce type mesure a une valeur heuristique essentielle. En effet, le recours appelle le déploiement de procédures spécifiques et de justifications particulières. Il semble possible de procéder à une analyse de la régulation de la question psychique par le prisme de la mesure (périphérique, mais néanmoins centrale) de l'hospitalisation contrainte, et des demandes qui en sont faites en provenance des scènes familiales. Il s'agit alors sur base des requêtes disponibles de montrer les façons dont le trouble et son expérience dans l'espace domestique sont identifiés et qualifiés, ainsi que celles dont les attentes normatives sont exprimées par les personnes lorsqu'elles s'adressent au parquet. Il faut sans doute penser ce qu'impliquent les nouvelles réponses instituées au trouble

mental sévère[272] à partir des manières d'y réagir, de le mettre en récit, en vue de provoquer une action institutionnelle.

Ce chapitre est construit en cinq parties, qui permettent de spécifier chacune une dimension de l'acte de requête. Dans un premier temps, je spécifie la place de la requête d'hospitalisation contrainte dans le contexte institutionnel. Je caractérise la requête à partir de son statut de demande d'une mesure de « dernier recours ». En effet, en toute hypothèse, la requête d'hospitalisation contrainte relève d'un appel à un tiers officiel qui articule un certain *embarras* moral à une expérience très détériorée de la vie familiale. Elle constitue de ce fait une solution de « dernier recours» au d'Emerson (1981). Cependant, si elle est l'aboutissement *difficile* de processus micro-politiques informels et symétriques infructueux, elle constitue dans le même temps l'étape d'initiation d'un cours d'action institutionnel. En ce sens, la requête d'hospitalisation contrainte peut être considérée comme le point de passage d'un éventuel basculement d'un cadre normatif à un autre : d'une expérience familiale constituée selon les droits libéraux, et donc, en dernière instance définie par des relations entre « sujets légaux », à une éventuelle reprise institutionnelle de la situation qui formalise une

[272] La mise en observation concerne en effet plus le trouble mental sévère. En effet, les diagnostics plus répandus sont les troubles psychotiques, la schizophrénie et les troubles bipolaires — très différent des admissions volontaires : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction Générale des Soins de Santé, Service Data et Information Stratégique, « Mises en observation dans les HP et SPHG », 2021, https://www.health.belgium.be/fr/mises-en-observation#article.

configuration des relations dans un cadre « tutélaire » plus ferme, permettant la contrainte et la suspension (temporaire) des droits de la personne. Il est alors possible, conformément à notre perspective située à l'intersection d'une sociologie du droit et d'une sociologie des troubles, de considérer la requête à partir de la notion de « renversement normatif ». La deuxième partie vise à caractériser les dimensions matérielles de l'acte de requête. De fait, la requête ne peut être considérée en dehors des conditions concrètes de son élaboration. Ces conditions concernent ses dimensions de support et d'interpellation, ainsi que l'ensemble des pratiques de présentation de l'origine de la requête. Je montre le caractère déterminant de certaines de ces dimensions dans l'exercice de la requête, mais aussi de sa félicité institutionnelle. Dans la troisième partie, je considère le contenu des énoncés de requête à partir de leur mise en forme narrative. L'expérience du trouble est en effet configurée par les personnes requérantes, selon des trames typiques de mise en forme du récit. D'une part, les dynamiques temporelles du trouble sont envisagées, qui permettent d'en caractériser l'expérience à partir de mises en forme centrées sur l'empirement, la rupture, la constance ou le recommencement. D'autre part, le trouble peut être décrit à partir de séquences écologiques typiques : débordement ou retranchement. Enfin, le récit du trouble vécu dans la sphère familiale est souvent inscrit dans un récit plus large, référent au passé psychiatrique de la personne et à l'ensemble des mesures et remèdes déjà essayés. La quatrième partie montre comment le récit du trouble est soutenu par la présentation d'une série d'éléments factuels

signifiants. Ici, l'interrogation de Dulong (1997) — « Comment fait-on pour certifier valablement la vérité d'un récit ? » (p. 73) — est prise au sérieux, et investiguée. Il s'agit alors de montrer comment les requérants montrent qu'ils ont affaire à des *faits*, et comment ces *faits* sont signifiants dans le cadre d'une requête d'hospitalisation contrainte pour raison psychiatrique — c'est-à-dire comment ils montrent la maladie mentale et la dangerosité. Enfin, la dernière partie s'intéresse aux opérations normatives mises en jeu par ces requêtes : que demandent les personnes requérantes lorsqu'elles s'adressent au parquet pour une hospitalisation contrainte ? Elle présente les trois *formes élémentaires* de la requête, dégagées à partir de l'identification des combinaisons et articulations typiques de significations saillantes qui émergent de l'analyse du corpus documentaire. Sur cette base, il sera possible d'identifier la nature des attentes morales et politiques des proches dans cette demande de « renversement normatif ».

6.1. Un « dernier recours » comme commencement : la requête comme point de passage entre l'expérience ordinaire et la prise en charge institutionnelle

L'hospitalisation contrainte peut être décrite comme une mesure de « dernier recours », au sens d'Emerson (1981). Le sociologue use de cette notion, référant notamment aux cas d'hospitalisations psychiatriques, afin de caractériser les structures argumentatives sous-jacentes aux enclenchements de diverses mesures institutionnelles.

Une mesure de dernier recours, pour être prise, doit être soutenue par des manières spécifiques d'identifier le trouble et d'en montrer le caractère problématique. Ce sera l'objet des analyses du corpus documentaire qui suivent dans ce chapitre. Il convient néanmoins de tirer auparavant quelques éclairages utiles de portée plus générale, concernant le contexte qui constitue l'arrière-fond macrosociologique du recours à des mesures aussi particulières. En effet, les usages situés de l'hospitalisation contrainte, pour faire face à des troubles chaque fois spécifiques, prennent pied dans un ensemble de coordonnées sociales larges, dont les dimensions politiques et institutionnelles, mais aussi légales et morales, doivent être spécifiées préalablement. L'examen des manières d'administrer le désordre des familles, chaque fois inscrit dans des conditions idiosyncrasiques, ne peut faire l'économie d'une perspective plus large concernant un ensemble de conceptions générales, plus ou moins formalisées, constitutives des formes de régulation de ces questions.

Le fait même de pouvoir qualifier l'hospitalisation contrainte comme étant une mesure de « dernier recours », en raison d'une série de connotations négatives qui lui sont attachées et qui en font une solution *abhorrée* (*disprefered*), nécessite un examen de ses cadres sociaux de signification. Ces cadres dépassent les seuls contextes interpersonnels, et de leurs conditions micro-politiques, puisqu'ils relèvent de formes sociales plus ou moins stabilisées, relativement déterminantes et contraignantes des cours d'action situés.

Les solutions face à un trouble sont hiérarchisées selon un ordre moral : certaines sont privilégiées comme première option (*first resort*), tandis que d'autres sont considérées comme des solutions de dernier recours (*last resort*). En général, les réponses à un trouble et leur mise en œuvre suivent un ordre progressif, allant de solutions intrinsèques, fondées sur des ressources personnelles, à des réponses externes faisant appel à des acteurs informels, et, si nécessaire, à des autorités officielles. Ainsi, l'enchaînement des réponses suit un modèle séquentiel, avec une transition de solutions plus modérées et négociées vers des réponses plus extrêmes et distantes (Emerson, 2009). En outre, l'appel à des agences est 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). 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*.

6.1.1. Dimensions légales : l'hospitalisation contrainte comme dernier recours

L'hospitalisation contrainte, comme solution à certains types de désordres familiaux, peut être saisie à l'intersection de cadres moraux et légaux. Ces derniers configurent les possibilités de recourir à une hospitalisation contrainte, participant de la définition des conditions acceptables dans lesquels les personnes sont légitimes à demander l'intervention d'un tiers institutionnel. Ils ont été présentés de manière générale dans la partie historique du deuxième chapitre de cette thèse, on soulignera à nouveau néanmoins les caractéristiques générales, et plus particulièrement, celles utiles à l'analyse qui suivra.

L'évaluation sociale des réponses instituées à un certain type de trouble est bien sûr fluctuante dans le temps. L'histoire des formes de la régulation de la question psychique le montre. Alors même que la prise en charge résidentielle et contrainte a toujours été l'une des réponses possibles « dans l'éventail des options offertes aux communautés[273] » (Bartlett, Wright, 1999, p. 4), celle-ci n'a acquis un statut de solution de dernier recours qu'assez récemment, résultat de transformations des conditions médicales, légales, morales et économiques de l'organisation des soins. La mise en observation, analysée de ce point de vue, répond à cette caractérisation, s'appuyant sur des critères de gravité du trouble (maladie mentale, dangerosité imminente) et éventuellement,

[273] Ma trad. : « *in the range of options open to communities* »

d'échec des solutions normales (absence d'alternative de soin en dehors de la contrainte). Bien que l'approche d'Emerson (1981) soit sans doute trop marquée par une perspective du contrôle social, qui mène à une certaine suspicion à l'égard des personnes membres de l'environnement du malade lorsqu'ils relatent le trouble[274], elle permet une caractérisation utile du dispositif de la mise en observation, considéré comme solution de dernier recours, s'opposant dès lors à un ensemble de solutions préférées.

Du point de vue légal, l'hospitalisation contrainte est conçue comme une mesure d'exception, puisqu'elle contrevient très franchement aux conceptions *normales* de ce que doivent 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

[274] Cette suspicion que l'on retrouve aussi chez Smith (1978) par exemple. C'est une chose qui a été soulignée à propos des approches du contrôle social, surtout celle s'inscrivant dans une perspective de l'étiquetage : elles tendent à enfermer les « victimes » du contrôle social dans cette position et à se montrer nécessairement soupçonneuses à l'égard des personnes qui appliquent ce contrôle social, qu'il soit informel ou officiel (Gove, 1970 ; Fecteau, Harvey, 2005). À mesure qu'il quitte l'approche du contrôle social pour une perspective centrée sur la micro-politique du trouble, Emerson (2015) considérera les comptes-rendus des personnes à partir d'une perspective moins sceptique, quoiqu'évidemment critique.

cardinaux, affirmés depuis quelques décennies[275]. 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. L'argument qui 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'humanisation[276], de respect des libertés individuelles[277], d'autonomie et d'inclusion sociale[278], le traitement hospitalier doit être intensifié et spécifique, pour des périodes de courte durée, entre lesquelles le patient doit être intégré dans des réseaux de soins intégrés à son environnement familier.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux dispose ainsi que « sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne

---

[275] 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 ».

[276] Déclaration de Hawaii (Association mondiale de psychiatrie, 1977, 1983)

[277] 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)

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

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 patient[279] » 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 du point de vue légal, une mesure d'exception, conçue par le législateur comme un dernier recours, face à des cas d'une *gravité* incontestable, impossibles à prendre en charge sous les modalités normales de soin dont j'ai déjà précisé les formes générales.

6.1.2. Le « renversement normatif » : des solutions normales à une solution extrême

La hiérarchie des solutions, on le voit, est d'ordre normatif[280] et se modifie donc au gré des transformations

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

[280] Les solutions *normales* sont normales parce que préférées, les solutions préférées sont préférées parce que *normales*.

des cadres moraux et légaux larges des sociétés. Elle est notamment constituée à l'intersection de référents juridiques et moraux déterminants de la régulation de la question psychique et de la légitimité des solutions qui peuvent être mobilisées. Le droit psychiatrique organise la régulation des situations selon les coordonnées de l'individualisme possessif (propriété de soi et de ses problèmes, socialisation limitée des prises en charge). À cela vient se coupler une certaine économie des responsabilités, pénétrée de l'« idéologie sectorielle de la famille » dont j'ai présenté les caractéristiques au quatrième chapitre, qui fait de la famille l'un des récipiendaires légitimes de la charge de l'accompagnement et du soin, en tout cas dans ce que Rose (1998) appelle la « zone de moyen risque[281] ». En ce sens, on peut caractériser le cadre *normal* de régulation de la question psychique comme composé à l'intersection de ces conceptions juridiques et morales : présomption de capacités, solidarité familiale naturelle et valorisation négative des solutions basées sur la contrainte. La mise en observation constitue dès lors une transgression franche,

[281] Le sociologue situe cet ensemble de situations matérielles entre une « zone de haut risque », indexée sur des critères de dangerosité et concentrant l'attention des pouvoirs publics, et une « zone de risque faible » dont l'administration est articulée à la responsabilité individuelle à se prendre en charge, retrouvant le thème castelien de la « thérapie pour les normaux » (Castel, 2011). Entre la défaillance partielle de l'autonomie individuelle et le seuil sécuritaire, le traitement et l'administration des situations de « moyen risque » n'est soluble ni dans le mythe de la responsabilité individuelle, ni dans l'affirmation d'une responsabilité publique.

du moins *en droit*, à ce cadre, impliquant donc un « renversement normatif ».

La prise en charge de la personne fauteuse de trouble, lorsqu'elle n'est pas basée sur son consentement, nécessite donc la démonstration, qui peut notamment être faite par ses « autres », qu'elle n'est plus possesseuse de soi ni de ses problèmes, que la réparation de l'ordinaire requiert des formes extrêmes d'intervention. Les documents qui composent notre corpus documentaires sont résultat de telles opérations visant un renversement normatif. En effet, leur objectif est celui d'une redéfinition des responsabilités, visant à « [appeler] et [justifier] la prise en compte collective. » (Lafore, 2010, p. 21). Dans les cas envisagés ici, cela passe par une judiciarisation de l'expérience vécue, c'est-à-dire l'exposé auprès d'intervenants judiciaires, des conditions de la vie quotidienne et de son affectation par un trouble, imputé à une maladie mentale.

6.2. Actes d'écritures et dimensions objectives des requêtes

Il s'agit dans un premier temps d'envisager la requête en tant qu'elle constitue un acte spécifique d'écriture. Smith (2018) a notamment montré l'importance de l'écrit dans les fonctionnements institutionnels, et à ce titre, il convient de déterminer les conditions pratiques et les déterminations matérielles de l'acte de requérir une hospitalisation pour un proche, avant de considérer les contenus de sens dont elles sont le support. La notion d'« acte d'écriture » est proposée par Fraenkel (2007) dans

sa volonté de développer une anthropologie pragmatique de l'écrit. Elle permet de rendre compte d'un ensemble de dimensions des pratiques d'écriture qui les rendent spécifiques au sein de la théorie austinienne des actes de langage. Ces dimensions sont multiples, je n'envisagerai cependant que celles qui tiennent d'une part aux dimensions matérielles objectivable de la requête (support, interpellation, adjonction d'un certificat médical) et d'autre part, aux manières de présenter la personne ou le groupe de personnes à l'origine de la requête.

6.2.1. Les dimensions objectives et matérielles de la requête

Deux modalités de requêtes sont admises dans ce cas : la requête manuscrite sur formulaire au guichet du service de défense sociale ou la requête par voie postale ou électronique, sur papier libre. Le corpus est divisé très équitablement entre requête sur un support libre, et celles déposées au guichet de la défense sociale sur le « formulaire-guichet ». Ce dernier consiste en un page A4 dont les rubriques doivent être remplies manuscritement par les requérants. En voici le squelette typique :

REQUÉRANT.
Nom :…
Prénom :…
né(e) à … le…
Profession :…
Père/mère/frère/sœur/ami(e)/autre…
Objet et motifs de la demande :…
MALADE

Nom :…
Prénom :…
né(e) à… le…
Domicilié(e) à :…
Lieu où se trouve le malade :…

Du point de vue de l'acte d'écriture qui sous-tend la requête, son format est déterminant. D'une part, la rédaction d'une requête sur un formulaire-guichet est marquée par une grande contrainte en termes de place disponible, et donc de possibilité de développement. Ils sont donc sensiblement plus courts que les lettres de requêtes sur papier libre, dont certaines peuvent être très longues (plusieurs dizaines de feuillets). Les possibilités d'expression, mais aussi de présentation de pièces annexes (captures d'écran, photographies, lettres de soutien à la requête, dépôt de plainte à la police, etc.), sont également déterminées par le format. D'autre part, le formulaire-guichet, avant la pandémie de COVID 19, n'était disponible, comme son nom l'indique, qu'au guichet du service dédié à la réception des requêtes au parquet de Bruxelles. Lors de mes campagnes de récoltes des données dans ce service, j'ai assisté aux modalités concrètes de dépôt de requête dans ce format : un parent se présente au guichet, il ou elle explique la situation à l'agent présent, qui lui donne son avis sur l'opportunité de déposer une requête et des conseils sur la manière de la remplir. En pratique, le proche se voit par exemple conseiller de bien insister sur la dangerosité ou sur l'impossibilité d'obtenir un certificat. En toute hypothèse, les requêtes sur formulaire-guichet ont eu des conditions d'écriture plus accompagnées ou dirigées que celles qui sont rédigées sur

papier libre. Cela transparaît d'ailleurs dans les taux de félicité différenciés des requêtes de notre corpus selon leur format : les requêtes sur formulaire aboutissent tendanciellement plus à l'activation d'une mesure que celle sur papier libre.

On peut ensuite distinguer les requêtes à partir du type d'interpellation au parquet qui les soutiennent. En effet, si la plupart des requérants interpellent directement le parquet (96 %), quelques rares requêtes sont mandatées (4 %) dans mon corpus. La personne qui les signe mentionne le fait qu'elle s'exprime au nom d'une autre personne, véritable requérant légitime. C'est évidemment le cas pour les quelques lettres de requête rédigées par des avocats, qui écrivent s'exprimer en « qualité de conseil [de la requérante] » (914 AL 0321) ou parce que des « clientes » demandent d'« adresser une demande de mise en observation » (921 AL 0621). Le nombre de requêtes mandatées est bien trop faible pour tirer des conclusions concernant leur félicité. Néanmoins, comme on peut sans doute s'y attendre, les requêtes mandatées du corpus donnent toutes lieu à une activation immédiate de la mesure, bien qu'elles ne soient pas accompagnées de document médical.

Une troisième dimension objective des requêtes concerne la présence d'un document médical joint. De fait, bien que la loi prévoie 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. La loi du 26 juin 1990 prévoit que

> sous peine d'irrecevabilité de la demande, il sera joint à celle-ci un rapport médical circonstancié, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies.[282]

Pourtant, dans les faits, seulement 33 % des requêtes de notre corpus produisent un certificat conforme, c'est-à-dire « datant de quinze jours au plus » au moment de la requête. Un peu plus de 13 % des requêtes sont accompagnées de documents médicaux, mais qui ne sont pas valides au sens de la loi. Le reste des requêtes composant notre corpus (53 %) sont déposées sans aucun document médical[283]. Certains requérants s'en expliquent,

---

[282] Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, art. 5, § 2.

[283] 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 vers une expertise psychiatrique dans l'un des quatre services d'urgence psychiatrique agrées. 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 passer par l'un des quatre services agréés bruxellois, dont l'avis sera déterminant de la suite des évènements. 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). Dans les faits, une ligne téléphonique spécifique, opérationnelle à toute heure du jour et de la nuit, orchestre le dispatching des expertises entre les différents services psychiatriques.

comme dans ce cas d'une requête effectuée par l'ancienne compagne de l'intéressé (elle se définit dans la requête comme « cohabitante légale »). Elle explique : « comme il refuse catégoriquement de voir un médecin, quel qu'il soit, je ne peux donc pas joindre à cette lettre un certificat médical » (818 AL 0320). Ou encore cette requérante, mère de la personne fauteuse de trouble, qui décrit la réalité de la difficulté à obtenir un certificat médical. Elle écrit, évoquant l'état de son fils :

> Il ne s'inscrit dans aucune démarche de réinsertion ou de maintien de ses droits sociaux. Mais ce qui m'inquiète particulièrement est son état mental de repli complet. Il ne dort pas la nuit. Il refuse toute intervention extérieure. Dès lors, il m'est impossible même d'avoir un certificat médical vu son refus de consulter un médecin. (940 AL 1020)

En pratique, la nécessité légale d'adjoindre un certificat médical valide, n'est pas respectée dans de nombreux cas. Évidemment, la présence d'un certificat valide surdétermine la probabilité d'une activation de la mesure de la mise en observation par le parquet. Cependant, le parquet dispose d'un autre moyen de s'enquérir de l'état de santé mentale d'une personne, celle qu'on appelle la « valeur actuelle » ou la « situation actuelle ». La valeur actuelle consiste en la visite domiciliaire par une patrouille de police, effectuée à la demande du parquet. Ce sont alors aux policiers de « vérifier la situation actuelle de l'intéressé(e) » et « au cas où l'intéressé(e) semble en ce moment un danger pour des tiers ou pour lui/elle-même et qu'il/elle montre des problèmes psychiatriques éventuels, il y a lieu d'entamer une procédure Nixon, après

avoir contacté le magistrat de garde » (17 AL 1119 [VA]). Pour faire face aux difficultés d'accès à la médecine de première ligne dans le contexte pandémique, le recours à ce type de mesures aurait réellement explosé pendant la période 2020-2021.

6.2.2. Origine de la requête : rapport du requérant à la personne fauteuse de trouble, cercle d'appartenance et ampleur de l'instance requérante

La notion d'« instance requérante » définit l'individu ou le collectif qui est présenté comme étant émetteur, ou éventuellement soutien, de la requête d'hospitalisation. Celle-ci admet quatre axes de variation dans notre analyse, objectivable à travers la formulation explicite des liens à la personne fauteuse de trouble ainsi que des modalités d'effacement ou d'accentuation de la présence de l'énonciateur, et certains procédés « polygraphiques[284] » visant à grandir l'ampleur de cette instance. Dans notre protocole d'exploitation des documents, ces dimensions peuvent être déterminées à partir des quatre variables suivantes : (1) Rapport entre la personne requérante et de la personne malade, (2) cercle de requête, (8) énonciateur et (9) ampleur de l'instance. Ces variables permettent d'orienter l'analyse vers les manières qu'ont les personnes

[284] 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.

de donner une certaine légitimité dans la demande d'une intervention dont on a montré le caractère *extrême*, et dont le recours était donc soumis à des opérations particulières de justifications. Le « renversement normatif », parce qu'il procède d'une inversion des valeurs sur ce que devrait être le soin dans une société démocratique, libérale et soucieuse des droits subjectifs, appelle un déploiement argumentaire important, en (dé) montrant la nécessité. Comme je l'ai évoqué, Emerson (1981) avait pointé les deux types de structures logiques qui soutenaient ce type de demande : celle d'une gravité *intrinsèque* du problème telle qu'elle appelle nécessairement des réponses extrêmes et celle, plus subtile sans doute, de la démonstration de l'échec des solutions *normales* et *préférées*. Il semble néanmoins que les opérations d'(in) visibilisation et de définition de l'énonciateur dans les lettres, de même que celles liées à la description de la nature et de l'ampleur de l'instance requérante sont également cruciales en ce sens, et peuvent être analysées en premier lieu.

Les quatre axes précédemment évoqués sont pertinents à ce stade pour analyser des manières de rendre compte de la nécessité d'une intervention à partir de cette question de la famille et de son rôle *naturel* d'aidant. En voici les différentes modalités :

(1) Rapport entre la personne requérante et de la personne malade :	*voisin, voisine* *fils, fille* *père, mère* *frère, sœur*

	ex-conjoint, ex-conjointe
	représentant, représentante
	administrateur, administratrice
	médecin de famille
	ami, amie, proche
(2) cercle de requête :	*filiation directe*
	cercle intermédiaire
	cercle périphérique
	inconnu
(8) énonciateur :	*je*
	nous
	absence d'énonciateur
(9) ampleur de l'instance requérante présentée à l'appui de la requête :	*instance individuelle*
	instance familiale
	réseau de soin (famille et interv. pro)
	communauté (famille, voisin et police)

Une première chose doit être notée, malgré son caractère assez évident : les personnes requérantes formulent de manière très fréquente le lien qui les unit à la personne fauteuse de trouble, et cela le plus souvent en préambule à la requête. Dans notre corpus, à peine 22,31 % des requêtes sont marquées par un effacement de l'énonciateur. Dans ces cas, le rapport entre la personne requérante et la personne fauteuse de trouble n'est pas toujours spécifiée, en tout cas très peu mis en avant. Cela peut en particulier s'expliquer par le fait qu'une écrasante majorité (92,59 %) des documents appartenant à ce sous-groupe sont des formulaires types fournis par le parquet, au sein desquels une rubrique est dédiée spécifiquement à

cette question du « rapport au malade ». La personne requérante formule donc, bien que non directement, et de manière plus distanciée, son lien au malade. Dans le reste des cas, les lettres débutent en général par une spécification du rapport au malade :

> AIDEZ_MOI A FAIRE SOIGNER MON FRÈRE. (824 AL 0720)

> Je vous adresse cette lettre afin de demander que monsieur Ben Afi Mohamed qui est un cousin à moi soit réintégré de nouveau à l'hôpital Jean Titeca. (956 AL 0821)

> Ce mail concerne une requête mixen [sic] pour monsieur Golinveau Denis, mon frère, qui habite à la rue de la sauge 8 à 1070 Anderlecht. (912 AL 0721)

Les personnes requérantes donnent du poids à la requête par la formulation de leurs engagements et de relations qu'ils entretiennent avec la personne fauteuse de trouble. Le taux de félicité directe des requêtes, c'est-à-dire le fait qu'elles débouchent sans devoir d'enquête supplémentaire sur l'activation d'une procédure Nixon est d'ailleurs un peu supérieur lorsque les requérants sont issus du cercle de filiation directe que des cercles intermédiaires (germanité) et périphériques (autre relation). La proportion des devoirs d'enquête demandés à la suite des demandes est très largement supérieure dans le cas où elles proviennent des cercles périphériques. Bien sûr, cela s'explique aussi par l'hypothèse d'une distance plus grande entre le requérant et le fauteur de trouble lorsque leur relation prend pied dans un cercle relationnel a priori plus lâche, et donc surtout d'une difficulté supérieure à fournir des pièces justificatives à l'appui de la demande.

Néanmoins, il semble encore que cela montre les représentations sociales relatives à la solidarité et la loyauté naturelles entre parents proches.

À travers cette présentation des liens relationnels et affectifs à la personne malade, dont l'ampleur et les dimensions dépassent bien évidemment la seule présentation formelle du rapport au malade, se jouent deux enjeux majeurs dans la requête.

Le premier enjeu semble tenir à la capacité de montrer une certaine familiarité à l'égard de la personne malade, et donc une certaine légitimité aux qualifications et diagnostics portés sur la situation. Il s'agit en ce sens de montrer une connaissance « biographique » (Emerson, 2015) et « personnelle » (Lofland, 1985) de la personne malade, et donc la légitimité de l'alerte et des qualifications plus ou moins profanes. À travers l'insistance sur la relation familiale se jouerait donc l'idée d'une interconnaissance forte et de relations de familiarité qui constituent un poste d'observation *clinique* légitime. En ce sens, les lettres de requête débutent systématiquement par une présentation des liens qui unissent le requérant à la personne fauteuse de trouble. Par exemple, cet extrait d'une lettre de requête adressée au parquet par une personne requérante qui se présente comme le beau-frère de la personne fauteuse de trouble et convoque en appui de sa demande la sœur de ce dernier. L'entame de la lettre commence comme suit :

> En tant que beau-frère de Monsieur Massamba Christian, je vous adresse à mon tour un courrier pour vous signaler la situation plus que préoccupante de Monsieur

> Massamba. Il y a environ un an, sa sœur, Gloria Massamba qui est ma compagne, vous avait déjà alerté sur sa situation.

Le requérant décrit ensuite les caractéristiques de cette situation et les manifestations du trouble. Il mentionne le fait que son beau-frère entend des voix, qu'il « ne veut parler à personne et même au téléphone à sa maman ou ses sœurs », il évoque la dégradation de son état, le fait que « depuis une quinzaine de jours », il tient des propos « à nouveau incohérents », qu'il « ne mange presque rien » et « refuse toute nourriture ». Il mentionne ensuite le refus de soin et d'hospitalisation, ainsi que le sentiment familial très fort d'être démuni. Puis la requête laisse place à un passage qui marque une certaine indignation à l'égard de ce qui est jugé comme une inaction du parquet face à la constance du trouble : « la situation décrite ci-dessus ne vous est pas nouvelle, vous est connue depuis des années et sa santé ne fait qu'empirer. » Il s'agit là d'une expression d'un rapport au parquet assez répandue dans les lettres de requête, sur lequel je reviens *infra*. Puis, le requérant clôture la lettre comme suit :

> Ce courrier a pour objet d'attirer votre attention sur une situation qui dérape. Situation encore une fois que nous connaissons trop bien. Nos craintes se sont toujours avérées et nous reconnaissons rapidement les signes qui le mènent vers des crises profondes. (830 AL 0919)

On peut cerner une cohérence entre la formulation des liens à la personne fauteuse de trouble et cette *revendication* d'une connaissance particulière, parce que familière, de l'état de celle-ci et de ses évolutions. Il s'agit pour les

personnes requérantes de formuler la qualité au nom de laquelle ils expriment cette demande et la légitimité qui est la leur. Si cette légitimité apparaît très clairement dans le cas où les requêtes sont émises par des intervenants médicaux et psychosociaux ou des professionnels du contrôle, le caractère *profane* de la requête familiale semble nécessiter un déplacement de la légitimité depuis le cadre professionnel et expert vers la mise en avant des dimensions interpersonnelles, affectuelles et émotionnelles fortes de la *clinique* qui s'élabore au sein de la famille. Ainsi, la grande proximité avec la personne fauteuse de trouble devient un argument à l'appui de la pertinence de la problématisation qui est faite du trouble, inscrite dans une histoire relationnelle particulière ou le partage d'une familiarité de certains repères singuliers. D'une part, cet extrait d'une lettre de requête montre bien comme la relation longue à la personne fauteuse de trouble peut constituer un poste d'observation de l'évolution des états cliniques, conférant une certaine légitimité à l'alerte :

> En tant qu'amis nous avons constaté que la diminution de son traitement lui réussit plutôt bien et se trouve être la solution, mais malheureusement nous sommes aussi forcés de constater que l'arrêt total de son traitement a systématiquement pour conséquence de le faire rechuter dans ses crises. (918 AL 0621)

D'autre part, l'extrait suivant qui montre l'instrumentalisation du rapport familial dans la démonstration de la familiarité avec la personne fauteuse de trouble, qui confère une certaine légitimité dans l'alerte également.

> Là, c'est de nouveau le même scénario : il part le matin pour aller faire un tour avec les recommandations d'usage et sa mère et moi nous apercevons très vite, par les échanges de coups de téléphone durant la journée, qu'il est dans un très mauvais état. (954 AL 0721)

Le second enjeu touche à des dimensions de loyauté, et mobilise la charge affective contenue dans les relations familiales. À ce titre, une demande de mesure contrainte *en tant que père/mère/enfant/…* sera avancée comme le gage qu'elle n'est pas abusive, puisque nécessairement prise à contrecœur, avec toutes les précautions nécessaires. En ce sens, une série de lettres soulignent ces enjeux de loyauté, avant tout à travers la demande de préserver l'anonymat de la personne requérante, comme ici :

> 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'aide. (927 AL 0421)

On peut voir cette dimension exprimée aussi, d'une manière explicite, dans ce courrier adressé au procureur du Roi, en annexe d'une demande d'hospitalisation faite par un père pour son fils, qui articule tout à fait ces deux dimensions de familiarité et de loyauté de la demande familiale. En effet, la lettre de requête initiale (918 AL 0621 [1]) était présentée comme le résultat d'une demande faite « à la maman de Baptiste et à [son père] » en provenance de « la doctoresse psychiatre STIJNEN et sa consœur VAN DE KERCHOVE » de déposer une requête au parquet. Celle-ci appuyait la nécessité d'une

intervention sur base des témoignages de « la demi-sœur de Baptiste et son compagnon », ainsi que de son « colocataire ». Dans une courte seconde lettre envoyée à la même date (918 AL 0621 [2]), le père écrivait : « je tiens à préciser que voir mon fils enfermé ne m'amuse pas, comme l'a sous-entendu il y a quelques années un psychiatre. Je demande seulement qu'il soit obligé de se soigner. » Ici, le père exprime, forcé de le faire en raison de la suspicion d'un psychiatre rencontré quelques années auparavant, ce qui est *a priori* attendu d'un père vis-à-vis de son fils : ne pas prendre plaisir à l'enfermement de son fils. Derrière cette idée se cache en vérité l'ensemble des présuppositions sociales relatives à la famille et à la *naturalité* du soutien et de la solidarité entre ses membres, dont j'ai retracé les contours dans les chapitres précédents à travers la notion d'idéologie sectorielle de la famille. De ce fait, la requête en provenance de la famille semble avoir plus de poids, tant elle va à l'encontre de ce qui est supposé être la normalité des rapports familiaux. L'expression des liens entre requérant et personne fauteuse de trouble constitue en ce sens une ressource de justification dans la démonstration de la légitimité et de la nécessité d'une hospitalisation contrainte, et du renversement normatif qu'elle implique. Dans mon corpus documentaire, 47,41 % des requêtes proviennent d'un cercle de filiation directe (ascendante ou descendante), 39,66 % proviennent d'un cercle intermédiaire (essentiellement germanité) et 12, 93 % d'un cercle périphérique. Il n'est pas possible de tirer des conclusions générales de cette répartition. Elle donne néanmoins à voir une certaine répartition de la charge d'intermédiation entre une personne et les

systèmes de soin du point de vue de la proximité des personnes qui assurent ce rôle de « relais ».

Cette qualification relationnelle du rapport à la personne fauteuse de trouble ne constitue néanmoins pas l'unique manière de donner du poids à la requête. En effet, deux autres axes d'analyse permettent également de montrer le travail de présentation et de configuration de l'instance requérante : la présentation de son ampleur et la forme énonciative.

Les opérations d'extension de l'instance requérante, qu'elles soient le fait d'opérations polygraphiques ou de mention de soutien extérieur, permettent de montrer la légitimité d'une configuration asymétrique du problème : il ne s'agit pas d'une dispute, mais bien d'une forme spécifique de déviance, redevable de procédures institutionnelles de traitement (Emerson, 2015). Boltanski (1984) a montré, dans *la dénonciation*, les opérations infructueuses de grandissement d'affaires, condamnant les opérations critiques des acteurs à l'infélicité. De même, il soulignait l'importance des procédures de visibilisation ou d'invisibilisation de l'énonciateur dans ce type de séquences. Il convient donc de montrer comment les requérants parviennent d'une part à *grandir* l'instance requérante et d'autre part, les formes énonciatives dont ils usent, avec quels effets pour la demande adressée.

Dans mon corpus documentaire, 50,41 % des requêtes mettent en jeu une instance requérante individuelle, ne présentant personne d'autre que le ou la signataire à l'appui de la requête. Pour peu que l'on considère que les personnes savent que leur demande aura plus de poids si

elle est appuyée par d'autres acteurs, cette proportion relativement élevée montre sans doute l'isolement d'une partie non négligeable des requérants face au trouble d'un proche. Dans plus de la moitié des cas de notre corpus, les requérants se présentent donc comme étant seuls à faire la demande d'une hospitalisation contrainte. Dans les autres cas, les requérants tendent à présenter une instance requérante élargie. Cela peut surtout être fait par des procédures polygraphiques. Ainsi, des requêtes sont par exemple signées par « la famille Ben Ali au complet » (862 AL 1112) ou « la famille Souleiman » (951 AL 0821). D'autres vont inscrire encore plus directement la requête dans une instance élargie, comme celle-ci, dans laquelle le rédacteur écrit : « mon frère Mr Kalhed Alaoui aurait besoin d'une expertise médicale d'après nous (les membres de sa famille, les amis de la famille, son entourage, les locataires, etc.) » (926 AL 0421).

Il importe de noter que l'instance requérante individuelle n'équivaut pas nécessairement ni à la solitude du requérant, ni surtout à une plus grande infélicité. En effet, le poids de l'ampleur requérante vient ici se confronter à un autre type de procédure de dépersonnalisation des opérations critiques, modalisé par le choix de forme énonciative. On distingue trois formes énonciatives dans notre corpus : celle en « je », celle en « nous » et celle qui repose sur une absence d'énonciateur. Or, il est intéressant de souligner ici que chaque forme énonciative montre des taux de félicité très différents. Les requêtes dont la forme énonciative est le « je » n'aboutissent que dans un peu moins d'un cas sur deux, alors que celles marquées par un

style plus factuel, sans énonciateur, résultent en l'activation d'une mesure de mise en observation dans plus de quatre cas sur cinq. Quant aux requêtes écrites par un « nous », elles aboutissent dans le sens de la demande des requérants dans trois cas sur cinq. Il est difficile d'évaluer les déterminants de ces corrélations différentielles. On peut se risquer à deux hypothèses, qui ne sont pas exclusives entre elles.

La première tient sans doute à des effets de réception, au niveau du parquet : la forme en « je » est plus propice à une lecture plus symétrique du trouble, perçue comme étant plus marquée par des dimensions subjectives. À l'inverse, le « nous » induit une dimension collective et l'absence d'énonciateur, une dimension factuelle de configuration du trouble — qui peut plus à peine être envoyée dans les cordes de la dispute familiale, ou de la conspiration malveillante, par le tiers en charge de l'arbitrage. En outre, l'absence d'énonciateur est le plus souvent accompagnée du point de vue médical. C'est parce qu'ils ont des avis de médecins ou d'intervenants professionnels qu'ils peuvent présenter à l'appui de leur requête, qu'ils disposent de catégories diagnostiques ou de preuves d'interventions policières antérieures, que certains requérants adoptent un style factuel et dépersonnalisé, qu'ils demandent une requête non pas en leur nom propre, mais en raison du trouble *en soi*. La structure logique de la justification du « dernier recours » est donc plus largement rencontrée dans les requêtes sans énonciateur que dans celles qui sont plus centrées sur des dimensions d'affect et d'émotion du

requérant, émergeant nécessairement avec l'écriture en première personne.

La seconde hypothèse est liée aux conditions réelles du maintien dans le milieu de vie, et des ressources et capacités qui sont nécessaires à l'engagement dans une requête d'hospitalisation contrainte. On peut considérer, par hypothèse, que les requérants exprimant leurs demandes par le prisme d'une première personne du singulier sont plus isolés que les autres : ils joignent par exemple moins de documents médicaux aux requêtes. En effet, 35 % des requêtes en « je » sont accompagnées d'un document médical, 41 % des requêtes en « nous » et 80 % des requêtes sans énonciateur sont accompagnées d'un document médical. La proportion des documents valides au regard de la loi ne change par contre pas substantiellement entre ces sous-groupes, elle oscille entre 67 et 75 % des documents médicaux remis. Cela montre que l'accompagnement médical à la requête est déterminant de la validité de la requête au plan médico-légal, et donc de sa félicité. L'hypothèse d'un éloignement plus grand des requérants en « je » par rapport au monde médical s'en trouve en partie confirmée. Ils parlent en « je » parce que personne d'autre ne peut parler à leur place ou avec eux, ils parlent en « je » parce qu'ils sont plus seuls dans leur confrontation au trouble.

6.3. Mettre le trouble en récit : configuration temporelle et écologique

Rendre compte du trouble mental et de son caractère problématique dans le milieu de vie implique, pour les

requérants, d'en faire une présentation qui ne peut être rejetée par les agents d'application de l'intervention souhaitée. En l'occurrence, dans le cadre de la mesure telle que définie au titre de l'article 9 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, et à ce stade, il s'agit donc de convaincre les services du parquet de la nécessité impérieuse de l'activation d'une mise en observation, c'est-à-dire d'une privation de liberté à des fins thérapeutiques. Ce type de prétentions, *a fortiori* parce qu'elles ont lieu dans un cadre judiciaire, est comptable d'opérations de mises en forme et en signification particulières. Autrement dit, la personne requérante doit formuler sa requête, et présenter l'ensemble des éléments qui l'appuient, de telle sorte que la réponse du parquet lui semble possiblement aller dans le sens d'une amélioration de la situation. On retrouve une forme d'« interaction virtuelle » entre personnes requérantes et agences requises, où les premières calent leurs demandes sur le « monde moral présumé » des secondes (Fassin, 2000). C'est à ce titre que ces textes peuvent être intégrés plus proprement à l'enquête sociologique — non en tant que contenu dont la valeur référentielle est à trancher[285]. Il s'agit alors de montrer comment les personnes sont amenées « à prendre la parole, à faire récit de leur expérience, établir des faits et formuler des attentes » (Jakšić, Ragaru, 2019). Dans cette

[285] Ce qui est par contre sa destinée en tant que support d'action institutionnelle intégrée à un dispositif médico-légal d'intervention. Les intervenants psychiatriques et judiciaires passent leur temps à procéder à l'examen critique des comptes-rendus des différents acteurs. Sur ces questions, voir notamment : Ginzburg (2007).

section, l'intérêt sera avant tout porté sur les manières de « faire récit » et d'« établir des faits », la formulation d'attentes sera envisagée dans les sections suivantes.

Comment rendre compte des conditions dépréciées de la vie quotidienne et ordinaire ? Sans doute, avant tout, par des mises en forme narratives[286]. C'est en tout cas ce qui apparaît à l'analyse, les personnes requérantes tendent à rendre compte des troubles dont elles font l'expérience à partir de description d'actes, de conduites, d'évènements, insérés dans des trames temporelles et écologiques. Les énoncés issus de notre corpus documentaire peuvent, pour une large partie, être considérés comme des comptes-rendus narratifs. Ils visent à *relater*, à *rapporter*, ou

[286] La pertinence de l'usage de l'analyse des comptes-rendus de l'expérience de la maladie par leur forme narrative a été montrée par Gwyn (2001). D'une manière générale, l'*attraction narrative* dans les manières de rendre compte de la maladie tient au fait que la maladie se donne à voir dans l'expérience, à travers la succession d'évènements et de faits, dont le rapport implique, presque nécessairement, une forme narrative. À mesure qu'un regard expert est posé sur la situation (par l'intervention de tiers extérieur ou comme résultat de la durée de l'expérience du trouble), la forme narrative peut laisser place à des configurations de l'expérience nourries de catégories de portée plus larges et de formes verbales signifiant l'état, plutôt que l'action. Par hypothèse, les membres affectés par un trouble émergeant dans une « conscience relationnelle », userons plutôt de formes narratives pour en rendre compte. Ce n'est que lorsque le trouble est inscrit au sein d'une « conscience médicale » ou d'une « conscience légale » que d'autres formes que celle du récit peuvent être mobilisées. Néanmoins, même dans ce cas, en raison de la spécificité des manifestations de la maladie mentale, située sur un plan conventionnel plutôt que médical comme le rappelle Goffman (1973), le recours à des formes narratives de compte-rendu du trouble reste extrêmement présent, même au sein du corps médical. En témoignent les procédures cliniques et expertes très centrées sur l'anamnèse, et les formes de l'enquête dont on peut rendre compte au moyen de l'horizon du travail dans tous les services d'urgence : trouver, dans un cas, *ce qui a fait crise*. Enfin, le cadre urgent de la mesure implique précisément de ne pouvoir s'en tenir à des catégories larges et stabilisées pour rendre compte de la situation.

tout simplement à *raconter*, ce qu'est le trouble et ce que sont les existences qui en sont impactées — que ce soit celle de la personne fauteuse de trouble ou celles de ses « autres ». La dimension narrative de ces énoncés tient donc à ce que les personnes requérantes organisent leur description d'une certaine manière, marquée en particulier par cette « volonté d'imposer une logique à nos expériences vécues » (Ochs, 2014). En ce sens, l'essentiel des requêtes — plus de 80 % dans notre corpus — est par exemple inséré dans une trame chronologique et visant, par définition, à produire un *effet de réel*[287]. La théorie de la forme narrative de Labov (1972) donne quelques outils utiles pour envisager la forme donnée aux comptes-rendus dans ce cadre. Pour l'ensemble, ces documents reposent en effet sur une structure narrative, c'est-à-dire dans sa forme minimale, « une séquence de deux propositions temporellement ordonnées, dont l'une se réfère à un avant et l'autre un après » (Prince, 2017, p. 24). Plus spécifiquement, dans la requête, le compte-rendu déroule une ligne de développement *historique* du trouble dont l'aboutissement est simultané à l'acte d'écriture de la requête. Qu'elle soit livrée de manière explicite ou non, la dernière proposition narrative dans la trame

[287] La dimension narrative peut aussi être identifiée en un autre sens, à partir du travail interprétatif et des inférences opérées par les personnes sur bases des manifestations observables. En ce sens, la conjecture sur base d'indices relève d'une forme de mise en récit, soulignée par Ginzburg (1980) et Calvino (2011) notamment. J'évoque ces questions dans la première partie du chapitre 3. Le récit sera alors trouvé dans l'implication ou la présupposition logique, plutôt que dans la trame chronologique.

chronologique est celle de l'acte d'écriture[288]. Elle est posée comme l'aboutissement logique de l'ensemble des propositions narratives, articulées à une série d'autres propositions (contexte, projection, etc.). En ce sens, les énoncés sont dirigés vers l'acte d'écriture, présenté comme résultat logique de l'enchaînement des évènements.

À l'analyse, on peut distinguer deux modes de mise en forme narrative de l'expérience des troubles *quotidiens, mais extraordinaires*, non exclusifs entre eux. La première relève d'une mise en ordre des propositions centrée sur les dynamiques temporelles de manifestation du trouble, la seconde constitue une manière de montrer des dynamiques écologiques du trouble.

6.3.1. Dynamiques temporelles du trouble

Les troubles sont descriptibles à partir d'une configuration temporelle, l'inscrivant dans un rapport au passé, au présent et au futur. Près de 20 % des comptes-rendus de trouble dans les requêtes ne sont pas réellement inscrits dans des coordonnées temporelles, c'est-à-dire qu'ils sont présentés en dehors de toute dimension rétrospective ou anticipative. Pour le reste des requêtes, celles-ci montrent quatre types distincts de configuration temporelle. Voici les modalités de l'axe d'analyse concernant les configurations temporelles du trouble dans les requêtes composant notre corpus :

[288] En ce sens, toute requête peut être considérée ayant une structure narrative, puisqu'elle articule au moins trois propositions, parfois implicites : (1) *il y avait un certain état des choses*… (2) *puis un trouble est venu le mettre à mal*… (3) *alors j'écris cette requête*.

(11) configuration temporelle du trouble : *constance*
empirement
rupture
recommencement
pas de configuration temporelle

6.3.1.1. Empirement

Près d'un tiers des requêtes présente les évolutions du trouble sous la modalité de l'empirement. En ce sens, elles articulent une description de l'aggravation de l'état de la personne fauteuse de trouble à une conception plus large du déclin de la situation et des conditions de son maintien dans le milieu de vie. L'idée sous-jacente à cette manière de configurer le trouble est celle d'une chute progressive vers une situation « toujours plus » dégradée, chaque jour « davantage » problématique. Son issue est incertaine, mais liée à des anticipations très négatives.

Cette configuration du trouble est généralement accompagnée d'expressions de la « préoccupation » et de l'« inquiétude » des requérants, placées dans une posture expectative marquée par la crainte du pire, nécessairement à venir sans une intervention. L'expérience familiale est marquée par une négativité croissante dont l'issue, attendue, mais redoutée, est celle d'un « évènement plus grave » que ce qui s'est produit jusqu'à présent (818 AL 0320). Ainsi, cette mère, dont la requête a déjà été mobilisée plus haut, qui exprime sa « peur » que son fils « se suicide ou qu'il perde complètement la raison, qu'il s'attaque aux locataires de l'immeuble ou aux voisins, ou

qu'il agresse quelqu'un dans la rue et se fait agresser en retour ». Cette anticipation négative, soutenue par des émotions de crainte et d'inquiétude, lui fait requérir l'hospitalisation contrainte de son fils, demande qu'elle décrit pourtant comme « très pénible », mais nécessaire pour casser cette dynamique de déclin, « avant qu'il ne se détruise lui-même » ou « avant qu'il n'arrive quelque chose de plus grave » (927 AL 0421). La nécessité de la prise en charge est justifiée par les requérants à partir de ses anticipations du pire. Il s'agit de prendre en charge le fauteur de trouble « avant qu'il ne sombre complètement» (954 AL 0721) ou que la situation devienne « vraiment grave » (957 AL 0521). Le renversement normatif est donc demandé pour casser l'« escalade » (954 AL 0721), pour stopper un « comportement [qui] devient de plus en plus inquiétant » (958 AL 0521), une « évolution très préoccupante de [l'] état de santé » (818 AL 0320). Ainsi, c'est parce qu'ils « [craignent] le pire » (803 AL 0220), qu'ils « [redoutent] un drame dans la famille » (939 AL 1020) ou qu'ils s'attendent à ce que « la situation ne dégénère » (940 AL 1020) que les requérants demandent une intervention.

6.3.1.2. Rupture

Un peu moins d'un quart des requêtes sont articulées à une présentation du trouble comme une rupture dans un étant stabilisé des choses. Ici, la configuration fait plus appel à des modalités éruptives d'émergence du trouble, au sein d'une situation jusqu'alors normalisée. Les conditions du maintien dans le milieu de vie, qu'elles

soient psychologiques, matérielles ou sociales, jusqu'ici réunies, se désagrègent subitement. Cette disparition est liée par les requérants à un évènement, ou à tout le moins, à un moment précis. Quelque chose fait crise, et dès lors, il est urgent de prendre des mesures autres que celles qui prévalaient, et semblaient fonctionner, jusque-là. L'urgence tient précisément à la rupture de la ligne de continuité temporelle du trouble, qui débouche sur une détérioration rapide des conditions de maintien dans l'environnement.

On mentionnera pour exemple ce requérant qui fait une demande d'hospitalisation pour son frère « schizophrène depuis +/— 20 ans », mais « stabilisé par les médicaments depuis 2002-2003 ». De ce fait, « il était en état de se débrouiller avec le soutien » d'une initiative d'habitation protégée, au sein de laquelle il était logé et dont les intervenants l'aidaient à « gérer son allocation de mutuelle pour invalidité ». Or, « en décembre 2017 », les intervenants l'ont « encouragé à lancer une procédure avec le fond du logement pour acheter un studio ». D'après le requérant, « cela a fortement stressé » son frère et lui a fait « perdre pied ». Il liste les manifestations soudaines de ce « comportement inhabituel » : « coupure de communication avec famille et [l'initiative d'habitation protégée] », « délire de persécution (la voisine le menace de le tuer, sa famille lui veut du mal, l'IHP veut le mettre dehors,…) », « idées de grandeur (je suis capable de retrouver du travail, je suis capable de me débrouiller tout seul, je peux gagner 3000 € par mois,…) », « déni de la maladie mentale (je ne suis pas schizophrène, je vais bien,

je n'ai plus besoin de la mutuelle pour vivre,…) » et « passion soudaine pour l'islam (je me suis converti à l'islam, je ne mange pas de porc, je défends les terroristes, leur action est justifiée, je me laisse pousser la barbe et je passe beaucoup de temps dans les mosquées) ». Il note en outre que son frère « a subitement quitté son domicile ». Le requérant se fait en suite porte-parole des craintes des proches : « 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, qu'il perde tout contact avec la réalité, avec sa famille » (869 AL 0418). On le voit, la ligne temporelle du trouble n'est pas décrite à partir de l'idée d'un déclin, mais d'une rupture de la ligne de continuité. C'est un changement soudain des conditions qui étonnent et prend de cours les autres du malade et justifie dès lors l'intervention par l'urgence d'une accroche rapide, d'une remise en ordre de l'ordinaire.

6.3.1.3. Constance

L'insistance sur la constance du trouble est dominante dans près de 17 % des requêtes. Dans ces cas, les formes évolutives des deux autres modes de configuration temporelle laissent place à la continuité invariable de l'expérience négative. Point d'incertitude ici, l'expérience du maintien à domicile est détériorée, et cela de manière constante.

Cette constance peut cependant varier du point de vue de ses dimensions temporelles. D'une part, elle peut être décrite à partir d'une perspective quotidienne, mettant en

avant l'« enfer quotidien » (954 AL 0721) ou l'« état d'angoisse permanent » (830 AL 0919) dans lesquels vivent les proches. Ceux-ci se décrivent alors comme « souffrant tous les jours des drames qui se produisent dans notre foyer » (942 AL 0521) ou comme subissant « toujours des problèmes » (937 AL 0221).

D'autre part, la constance peut plutôt être décrite à partir d'une perspective biographique, s'inscrivant au long de la vie de la personne fauteuse de trouble. Ainsi, cette requête déposée au parquet par deux Bruxelloises pour leur père. La lettre commence comme suit :

> Pour mieux cerner son état psychologique actuel, nous précisons que notre médecin de famille, Monsieur Michel Lemieux a mis en garde ma maman (il y a plus de 20 ans) concernant des troubles de schizophrénie dont mon père souffrait. Déjà au début de leur relation, ma mère avait remarqué que mon père consommait des antidépresseurs. Mon père a d'ailleurs toujours présenté les symptômes dépressifs suivants :
>
> – Hygiène corporelle douteuse et laisser-aller
>
> – Alcoolisme
>
> – Difficulté à gérer les ressources financières*
>
> * À ce sujet, mon père a toujours eu un attrait pour les jeux de hasard, a souvent foncé tête baissée dans des « petits business » proposés par des amis, mais, a déjà oublié de déclarer ses revenus aux impôts, a toujours compté sur sa femme pour « boucher » les trous dans le budget familial afin de payer le loyer et autres dépenses nécessaires au ménage. (916 AL 0121)

Cette configuration du trouble est souvent attachée à l'expression d'affects d'épuisement, de fatigue, d'étouffement. Cela apparaît notamment clairement dans cette requête d'un Bruxellois pour son père : « la prison n'est pas la solution, il a besoin d'être soigné et ça depuis de nombreuses années, mais il ne reste pas dans les hôpitaux psychiatriques, il signe toujours des décharges pour sortir et nous nous retrouvons toujours dans la même situation. J'ai 22 ans, mais j'ai l'impression d'en avoir 40 tellement je suis épuisée moralement, que dire de ma maman qui a vécu 20 de peur et de misère avec lui. Nous sommes épuisés, nous n'en pouvons plus. » (942 AL 0521)

6.3.1.4. Recommencement

Enfin, près de 10 % des requêtes rendent compte du trouble à partir de l'idée de son recommencement, présentant la ligne du temps du trouble sous une modalité plutôt sinusoïdale. Le trouble est intermittent, en *dents de scie*.

Cette configuration narrative du trouble selon une telle ligne évolutive permet aux requérants d'insister sur leur expérience subjective au long cours et les formes d'*expertise familière* qu'ils possèdent. En effet, ces requêtes mettent en avant les formes reconnaissables du trouble et la familiarité du requérant et du fauteur de trouble. Ainsi, les requérants insistent sur le fait que le fauteur de trouble « présente les mêmes troubles de comportements que ceux qui avaient conduit à ses mises en observation précédentes » (803 AL 0220), qu'il se comporte « comme

ce fut le cas des années auparavant lors de crises semblables (refus de contact sociaux en lien avec ses idées délirantes) » (818 AL 0320) ou que « son état s'est dégradé présageant un état de crise intense que nous ne (re)connaissons que trop bien » (919 AL 0421).

Ainsi, cette requête d'un jeune homme bruxellois pour un ami qui décrit l'ensemble des repères familiers, dressant un tableau clinique profane, qui lui permettent d'anticiper le retour d'un état problématique :

> J'ai bien conscience de son état de santé mentale et j'ai déjà été témoin de plusieurs de ses crises dans lesquelles étape par étape, certains de ses propos et actes commencent à devenir incohérents, il s'isole, deviens anxieux, paranoïaque, impulsif et pour finir agressif passif. C'est à chaque fois une dégringolade qui finit par un besoin d'assistance de par son manque de lucidité croissant. […] En tant qu'amis nous avons constaté que la diminution de son traitement lui réussit plutôt bien et se trouve être la solution, mais malheureusement nous sommes aussi forcés de constater que l'arrêt total de son traitement a systématiquement pour conséquence de le faire rechuter dans ses crises. (918 AL 0621)

6.3.2. Dynamiques écologiques du trouble

L'analyse de la configuration écologique du trouble a été effectuée à partir de l'axe d'analyse suivant, comprenant trois modalités :

(10) configuration écologique

du trouble : *espaces communs et publics (débordement)*

espace privé et domestique (retranchement)

Avant de considérer plus précisément ce que recouvrent, au plan conceptuel, les trois modalités, voyons leur ventilation dans notre corpus documentaire. Près de la moitié des requêtes rendent compte d'un trouble à partir d'une dynamique spatiale de « débordement », depuis les espaces domestiques vers des espaces communs et publics. Un quart des requêtes, au contraire, décrivent des troubles caractérisés par des logiques de « retranchement », se centrant toujours plus vers l'espace domestique et privé. Enfin, un quart des requêtes n'évoquent pas de dimension spatiale, le trouble est présenté sans véritable référence ni au lieu où il prend pied ni à ses déplacements.

6.3.2.1. Débordement

La dynamique de « débordement » a été identifiée par Goffman (1973) dans son étude de la « folie de place », vraisemblablement développée à partir du matériau biographique de sa relation à sa femme (Shalin, 2014a, 2014b ; Romania, 2016). Dans son approche écologique et réaliste de la folie (Berger, 2020), le sociologue souligne la tendance de certains troubles à l'expansion vers des cercles sociaux toujours plus larges et extérieurs, épuisant progressivement les ressources matérielles et émotionnelles de son milieu d'émergence directe (le domicile, la sphère familiale restreinte). Au fur et à mesure de l'épuisement des « autres » les plus proches du malade, incapables de contenir les manifestations de son trouble dans l'intimité du foyer, ces dernières *s'échappent* :

> 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 (Goffman, 1973, p. 345)

J'ai identifié comme relevant d'une dynamique de « débordement » toute mention faite à une extension des manifestations du trouble dans des espaces sociaux communs ou publics. Les déplacements de la personne fauteuse de trouble depuis sa sphère domestique et familiale vers des espaces de visibilité plus large ont été codés comme relevant d'une dynamique de débordement. La dynamique de débordement consiste donc en des logiques d'extension écologique du trouble et de ses manifestations, depuis des « cercles quotidiens » (cellule familiale, cercle de sociabilité proche, voisinage) vers des cercles plus éloignés. Le débordement constitue en ce sens un « élargissement de [la] participation » à des contextes d'action plus publics[289], ou au moins communs, de la personne fauteuse de trouble. On notera que cette

[289] Pour une belle illustration de ces questions, voir l'article de Berger (2020).

dimension débordante du trouble est corrélée plus fréquemment à certaines manifestations spécifiques : l'errance et la fugue, la quérulence, nombreux des faits décrits par leur victime comme du harcèlement, les troubles à l'ordre public et les nuisances dans les espaces communs.

En effet, ces manifestations semblent en particulier liées à des formes débordantes de trouble. Un très grand nombre des récits de troubles débordants rendent compte de pratiques d'errance, de fugue ou de vie à l'extérieur. Typiquement, cette requête d'une sœur pour son frère où elle explique que ce dernier est « parti de la maison sans rien dire », et cela « à plusieurs reprises ». Ses errances l'ont mené à rester « bloqué en Espagne à la rue pendant plus d'un mois » ainsi qu'à se « [retrouver] au Maroc sans argent ni document » (808 AL 0919). Mais l'errance n'est pas réductible à ce type de voyage que les psychiatres qualifient de « pathologique ». Ainsi, un couple de parents rapporte que leur « fils erre en rue, en décompensation délirante » (955 AL 0721), un autre signale : « pour le moment, notre fils erre dans les rues de Bruxelles. En journée, il est souvent du côté de la place Flagey » (954 AL 0721). Ce dernier cas, déjà évoqué plus haut, est particulièrement intéressant, parce que le débordement, en tant qu'exposition au regard d'autres personnes, issues de cercles plus éloignés de la personne, est imputable au fait que les parents expliquent ne plus vouloir recevoir leur fils chez eux, en raison des dégâts qu'il y a occasionnés et des actes de violence dont il s'est rendu coupable. Le « débordement » du trouble est donc à inscrire dans une

« écologie de la folie » (Berger, 2020, p. 389), insérée dans une dialectique entre « ravage » et « contention » dont tant la personne fauteuse du trouble que les personnes qui y sont exposées sont des protagonistes déterminants. Le débordement n'est pas descriptible comme l'effet d'une seule volonté, pathologique qui plus est, de la personne supposée malade, mais prend pied dans son environnement social, en raison des effets matériels et réels du trouble qu'elle génère[290].

Comme le note Morissette (2002) dans *Pathologie et thérapeutique du plaideur trop belliqueux*, la quérulence désigne, en psychiatrie, la « tendance morbide à rechercher les querelles et à revendiquer des droits imaginaires » ou à « se plaindre d'injustices dont on se croit victime » (p. 254). On y retrouve le schéma typique des actes qui constituaient le substrat des jugements en anormalité de certaines dénonciations malheureuses présentées par Boltanski (1984), notamment du fait d'« un signe qui, en général, ne trompe pas : le plaideur quérulent se représente seul » (Morissette, 2002, p. 255). Certains requérants décrivent ce type d'activité, lorsqu'ils soulignent des recours abusifs à la police ou aux instances judiciaires, comme dans ce cas d'une lettre de requête qui évoque ce type de fait : « il lui

[290] En ce sens, il y aurait peut-être une possibilité de tirer quelques liens, dans la mesure où l'importation de concepts destinés initialement à rendre compte de processus sociologiques et historiques plus macro pour éclairer des situations microsociologique serait pertinente, entre cette conception écologique de la folie et l'idée de « niche écologique » proposée par Hacking (2002) pour rendre compte des conditions d'émergence sociale de certaines catégories nosologiques, à l'intersection entre la subjectivité des malades et les langages d'objectivité d'experts y réagissant.

est déjà arrivé d'accuser et de porter plainte contre une locataire pour pédophilie. Après l'enquête de police qui s'est avérée être négative, l'agent de police Mme Radis a dressé un PV en mentionnant une éventuelle demande pour une procédure Nixon » (926 AL 0421). En toute hypothèse, les manifestations quérulentes des troubles sont moins présentes dans les requêtes, sans doute parce qu'elles ne nécessitent pas d'intermédiaire. Le fauteur de trouble, contactant directement les agences officielles (parquet, juge de paix, police), se passe alors du proche comme « relais » entre lui et les agences de soins, recrutant directement les agences, *à la source*. En ce sens, il est intéressant de souligner que l'état de santé, et ses variations, de certains bruxellois peut être suivi *en direct* par les agents du parquet, au gré des lettres de plaintes et de recours que ces premiers envoient, parfois presque quotidiennement, aux seconds. Certains dossiers personnels, bien connus des agents du parquet, compilent parfois des centaines de lettres et de documents au fur et à mesure des lettres envoyées[291].

[291] On retrouve ici des enjeux se situant à l'articulation entre la notoriété du stigmate (Goffman, 1975), ce procéduralisme morbide et les infélicités de certaines opérations critique de dénonciation ou de plainte (Boltanski, 1984) qui génère une forme de « citoyenneté amoindrie » (Maskovsky, Morgen, 2003), déniant *a priori* ou après jugement, les prétentions de certaines personnes à faire reconnaître un droit, une souffrance ou un litige. On retrouve alors les enjeux de l'impassibilité au contenu qui est porté par une communication lorsque celle-ci offre des manifestations qui apparaissent symptomatiques, tels que pointés par Berger (2017 ; 2021). Voir aussi : Hamon (2018) et Enzensberger (2011) pour enquête plus approfondie sur ces questions cruciales.

Les faits décrits comme du « harcèlement » relève également de cette tension vers l'extérieur dont rend compte le concept de débordement. La question de la qualification en « harcèlement » semble bien montrer la pénétration de modes de raisonnement juridique et de catégories associées dans la mise en forme de l'expérience quotidienne. Elle permet une qualification spécifique, reposant sur l'idée d'une atteinte dans une sphère personnelle, depuis l'extérieur. Cette extériorité de la communication harcelante relève, en creux, d'une activité débordante de la personne fauteuse de trouble. Ainsi, même lorsque les faits décrits comme relevant du harcèlement concernent des personnes très proches de la personne fauteuse de trouble, ces dernières dissocient leur foyer. Par exemple, le couple de parents qui rapportaient l'errance de leur fils sur la place Flagey se plaint également de faits de « harcèlement » depuis qu'il est sorti de l'hôpital. Ils décrivent comment leur fils les « harcèle jour et nuit […] pour venir loger chez eux », à tel point que « la nuit passée, sa mère a dû faire appel à la police, car il sonnait à la porte de son immeuble » (954 AL 0721). Il y a donc bien débordement depuis le cercle quotidien du fils, dorénavant son institution hospitalière, puisque les parents ne souhaitent plus qu'il vive à leur domicile, réinstituant par là une extériorité qui peut être investie, de manière débordante. Dans le même sens, cette requérante qui rend compte du fait que la personne fauteuse de trouble « envoie beaucoup de messages écrits à son ex-compagne (de menaces et de méchancetés) » (868 AL 0318). D'autres faits de harcèlement rapportés par les

requérants décrivent bien ces logiques extensives. Ainsi, cette requête d'une sœur pour son frère, elle explique : « Nous nous plaignons, principalement les membres de la famille proches et éloignés de Mr Jules Maassen, de véritable harcèlement avec images délictueuses et violentes (voir dossier), textes agressifs, malveillants, injurieux ou complètement bizarres. L'état mental de Jules Maassen semble très délabré et c'est tous les jours que moi-même, mes enfants et la famille doivent se plaindre de messages sur Facebook ou emails qu'il nous adresse. » (803 AL 0220) Ou celle-ci où le requérant décrit le fait que son frère « insulte tous les membres de la famille » et « a eu à maintes reprises des insultes à l'encontre de la police par voie téléphonique » (862 AL 1112). Enfin, cette requête qui décrit le fait que la fille du requérant « fait du tapage nocturne » et « envoie des emails insulte sa famille et la dame du 3e étage (Mme Moens) ». Il qualifie la situation en disant que « cela devient du harcèlement et le médecin de cette dame m'a déclaré que Mme Moens n'en peut plus. » (917 AL 0121).

On retrouve aussi l'idée de description de troubles à l'ordre public et des nuisances dans les espaces communs, qui sont légion dans le corpus documentaire. Le caractère débordant des troubles à l'ordre public apparaît d'emblée, en raison du franchissement de la ligne de séparation entre le privé et le public. On citera un extrait de requête qui en rend compte, pour voir une des manières de faire déborder sa folie : « à son domicile, il a tout cassé, jeté ses meubles dans la rue » (817 AL 1119). Il faut par contre noter que les troubles à l'ordre public tendent à recruter

directement des agents de traitement, dans la personne des policiers[292].

Quant au débordement dans des espaces communs, on notera les cas de requêtes des voisins, qui se plaignent la plupart du temps d'un échappement des manifestations du trouble depuis les espaces privés vers les espaces communs et partagés. Ainsi, le cas paradigmatique de cette requérante qui problématise le comportement de sa voisine à partir d'une mise en avant de son caractère débordant, qui l'affecte dans ses usages des espaces communs (cages d'escaliers, sanitaires) et jusque dans son espace à elle, par le biais des nuisances sonores : « elle crie régulièrement et me menace également. Elle fait du bruit la nuit en jetant des objets. Son hygiène est déplorable. Elle ne se change jamais. Elle ne tire jamais la chasse. Il y a des odeurs d'excréments dans les communs. » (860 AL 0706). Une autre requérante explique avoir mis en vente son appartement en raison d'une « situation tellement insupportable » due à son voisin qui casse des objets dans son appartement pendant la nuit. Elle explique, montrant bien les enjeux de transgression des limites territoriales liés au débordement : « j'ai même cru une fois que Monsieur était passé dans mon placard étant donné qu'il met énormément de force lorsqu'il casse les murs (je pense qu'il doit prendre une masse). Je suis tellement à bout moralement et psychologiquement […]

[292] Sur cette question, voir notamment mon article dans les *Politiques sociales* sur l'indésirabilité urbaine (Printz, 2021).

Je ne peux plus rester là-bas pour ma santé et ma sécurité» (868 AL 0318).

6.3.2.2. Retranchement

Les dynamiques de retranchement relèvent de processus inverses. Dans un environnement social considéré selon la perspective goffmanienne de « cercles concentriques» (Goffman, 1973, p. 346), le retranchement peut alors être défini comme une dynamique centripète. L'action du fauteur de trouble est décrite comme étant soumise à une force radiale dirigée toujours plus vers le centre intime de ses cercles d'appartenance. Le débordement constituait un franchissement inadéquat de la ligne de démarcation entre le privé et le public, depuis les sphères intimes et domestiques vers des espaces exposés, soumis à des logiques autres que celles de la familiarité et l'interconnaissance forte. À l'inverse, le retranchement constitue une dynamique progressive d'abolition de la vie publique du fauteur de trouble, de sa soustraction à un nombre d'espaces sociaux toujours plus grand, pour ne finalement plus trouver refuge que dans l'espace familier, intime et invisible. Le résultat de cette dynamique de retranchement est alors l'isolement relationnel et la réduction de l'espace de vie. Les requérants décrivent un proche en « rupture avec la société » (836 AL 0318), qui « ne parle avec personne, n'entretient aucun contact social » (804 AL 0220), qui « s'enferme sur lui-même » et à qui il « arrive très souvent de rester dans sa chambre à fixer le plafond et à éviter de se socialiser » (916 AL 0121) ou qui, très simplement, « vit dans sa chambre » (945 AL 0819).

Sans développer beaucoup plus, on peut souligner la dimension dynamique du retranchement, qui aboutit au bout du compte sur ces espaces de vie restreints et cet isolement relationnel. Pour le montrer, on peut montrer la manière dont une requérante, dans une longue lettre adressée au parquet, retrace la restriction progressive de l'espace de vie et de l'isolement relationnel de son fils entre 2018 et 2021 jusqu'au retranchement dans la maison de son père, « dans une pièce au niveau cave avec une fenêtre à barreaux », au moment où elle rédige la demande d'hospitalisation contrainte. Elle explique que si « jusque-là, Martin entretenait des relations normales avec toute sa famille », autour du mois d'août 2018, ce dernier « a commencé à avoir l'impression que tout le monde [cherchait] à l'empoisonner ». De ce fait, il aurait commencé « à prendre ses distances avec le monde qui l'entoure en général et avec sa famille en particulier ». Se « croyant empoisonné », il se rend fréquemment « aux urgences de plusieurs hôpitaux ». Lors d'une de ces consultations, « il est sujet à une grosse crise » qui mène à son hospitalisation dans un centre près d'Alost, duquel « il s'évade » cependant. Quelques temps plus tard, « Martin est retrouvé, repris et relâché sans obligation de se soigner et sans traitement, ni de suivi à respecter », mais il ressort de cette expérience avec une « peur généralisée d'agression contre sa personne ». À cette période (2019), selon sa mère, « il coupe les ponts avec toute sa famille, s'isole, disparaît pendant quelques mois puis revient chez son père, où il tapisse les murs de papiers aluminium afin de ne pas être repéré et localisé par les ondes de son GSM. Il

se barricade constamment en plaçant des meubles devant la porte ». Il est hospitalisé à la demande de son père, inquiet, mais « s'évade » à nouveau. « Un certain temps après son évasion […], Martin revient se calfeutrer chez son père », il « s'isole », « refuse tout contact avec ses proches », « se cache des locataires de l'immeuble » et « n'ouvre la porte à personne ». Depuis lors, il « continue à vivre en autarcie et se méfie de tout le monde ». Elle explicite l'ampleur de cet isolement, qui dépasse largement la seule restriction de l'espace de vie : « il se coupe du monde et ne lit plus régulièrement ses courriers, courriels, ne regarde plus la TV (mauvaises ondes)… Il ne paie pas ses amendes, ses taxes, ne va pas chercher ses recommandés, ne répond pas aux convocations… » Sa mère attribue ce retranchement « dans son monde à lui » à une manière de « fuir son état » : « il se sent persécuté, et pour soulager ses angoisses, consomme du cannabis, de la bière, des anxiolytiques ou somnifères ».

On voit la dimension graduelle et progressive du retranchement de cette personne pendant deux longues années. Il faut aussi souligner que, comme c'était le cas pour le débordement, le retranchement est une dynamique écologique plutôt qu'individuelle. En effet, ses dimensions matérielles prennent pied dans des environnements sociaux larges, qui ne concernent pas la seule décision, plus ou moins pathologique, à s'isoler. C'est d'ailleurs une chose qu'exprime la mère dans sa requête. En effet, continuant son « historique » de l'exclusion et la désocialisation progressive de son fils, elle en pointe les déterminants non psychiques, en particulier ceux tenant à

la réaction sociale[293]. Ainsi, elle pointe par exemple, le fait qu'il se voit petit à petit « exclu de certaines grandes surfaces en raison de réaction excessive et/ou agressive » ou que « nerveux, il a dû faire une queue de poisson sur sa route, ensuite on est venu vandaliser sa voiture devant chez lui au point qu'elle a été déclarée sinistre total »[294]. Elle explique aussi qu'« à force de patience et de persévérance », elle a finalement réussi à « reprendre contact » avec lui par téléphone, permettant de « résoudre à distance certains de ces problèmes (refus de paiements, menaces des huissiers pour factures concernant amandes ou taxes impayées, résolution de cas d'assurance suite à des accidents de roulage,…) » (927 AL 0421). Le retranchement, on le voit, est donc bien une dynamique dont les conditions sont sociales et écologiques, et non strictement psychologiques.

6.3.3. Mesures alternatives, (in) succès des remèdes et passé psychiatrique

Emerson (1981) soulignait l'importance de la démonstration de l'échec des mesures alternatives comme structure justificative centrale des mesures de dernier recours. Cette assertion générale sur un plan sociologique est en outre confirmée par le cadre légal qui organise l'hospitalisation contrainte. En effet, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades

[293] Dans son sens matériel et réaliste, non pas comme seul étiquetage (Lemert, 1962 ; Emerson, Messinger, 1977).

[294] En ce sens, on retrouve une structure commune à celle de la concrétisation de l'exclusion du paranoïaque chez Lemert (1962).

mentaux prévoit, en son article 2, que « les mesures de protection ne peuvent être prises [qu'à] défaut de tout autre traitement approprié ». On s'attend donc à voir les requérants énoncer l'échec de mesures précédentes, réputées plus douces et *a priori* préférées, mais inefficaces dans les cas d'espèce.

Dans notre corpus, 33 % des requérants évoquent les échecs des mesures alternatives. Si l'on *corrige* ce chiffre, en l'appliquant uniquement aux personnes dont la requête spécifie qu'elles ont un passé psychiatrique (c'est-à-dire au moins une prise en charge antérieure par une agence officielle), cette proportion atteint un peu plus de 40 %. Parmi ces mesures, on peut distinguer les moyens de remédiation informels et les interventions de tiers officiels. Les moyens de remédiations informels constituent l'ensemble des actions de soutien, de support, de contrôle et de contention effectuées par des personnes en dehors du cadre d'un mandat professionnel. Il s'agit de montrer la mise en place, non salutaire, de solutions plus symétriques, basées sur des ressources informelles et intrinsèques aux relations proches (Emerson, 2011). Concrètement, parmi ces actions *remédiatrices* évoquées par les proches, on distinguera :

- Des mesures d'éloignement ou de mise à l'abri des proches : « Mon neveu Soufiane devient très menaçant vis-à-vis de sa grand-mère en l'obligeant de lui donner 50 euros tous les jours — j'ai dû mettre maman à l'abri — ça n'a pas suffi, car il vient chez moi en se persuadant que sa grand-mère l'a empoisonné et qu'elle lui a volé

35 000 euros […] Aujourd'hui on va éloigner maman chez ma sœur dans les Flandres. Mais lundi maman a des examens à faire à St Pierre et le kiné 3 fois par semaine. » (939 AL 1020)

- Des actions de médiation vers les systèmes formels de soin : « Après quelques mois, sur notre insistance, Stéphane a accepté de rencontrer quelques fois le docteur Bertinchamp en notre présence sans accepter fondamentalement de reprendre une médication et un suivi psychologique continu. […] J'ai insisté pour qu'il aille chercher de l'aide, mais cela n'a fait que créer des tensions entre nous. […] j'ai tout fait pour qu'il puisse accepter de se faire soigner » (818 AL 0320)
- Des négociations sur la médication : « 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. » (951 AL 821)
- Des modes de *contractualisation* du maintien à domicile : « il sort de sa torpeur et me dit qu'il voudrait voir des amis, un peu sortir. Me demande 50 euros que je ne veux pas lui donner. Je lui en donne finalement 20 en lui faisant promettre que, s'il y a des problèmes quand il rentre (énervement, agressivité), il accepte que je le conduise aux urgences de Saint-Pierre » (954 AL 0721)

- Des formes de contrainte : « Par mesure de précaution, elle décide alors de fermer à clé la porte d'entrée de sa maison afin que notre fils ne puisse pas en sortir la nuit, mais le lendemain matin, elle constate que toutes les lumières du rez-de-chaussée sont restées allumées et que Clément est quand même parvenu à communiquer avec l'extérieur puisqu'un volet d'une pièce qui donne sur la rue (toujours fermé la nuit) a été entrouvert » (954 AL 0721)

- Des pratiques d'aménagement du milieu de vie : « Je suis dans l'obligation de débrancher la cuisinière quand je ne suis pas là ou la nuit, car Vladislav est capable de tenter de se cuisiner quelque chose et oublier d'éteindre la cuisinière ou de surveiller son plat » (804 AL 0220)

- Des formes de surveillance et de gardiennage : « Nous n'osons plus le laisser seul à la maison plus de quelques heures, car on ne sait jamais s'il ne va pas oublier de fermer la porte en sortant, de fermer le robinet après sa douche ou d'éteindre la cuisinière… » (915 AL 0321)

- Du soutien administratif, matériel et financier : « Pour éviter des saisies, son père et moi-même avons dû payer à 2 reprises factures et frais de huissiers » (927 AL 0421) ; « nous donnons tout ce qu'on peut pour l'aider. C'est moi qui paie son loyer, ma sœur et ma mère lui paient sa nourriture.

Nous lui offrons tout le soutien financier ou moral qu'on peut » (867 AL 0218)

- De l'hébergement : « je l'avais hébergé elle et sa fille durant un mois » (947 AL 0821)
- Du soutien émotionnel : « Cela fait 6 mois que je me donne émotionnellement et physiquement, jour et nuit, pour l'aider » (952 AL 0821)

Par définition, dans les requêtes, ces actions sont évoquées pour en montrer l'insuffisance ou l'échec. Les personnes requérantes évoquent également les interventions infructueuses de tiers officiels. Parmi celles-ci, on distinguera :

- Des appels à des agences médicales : « L'état de santé mentale de M. Deblois étant préoccupant, Mme Lacombe a fait appel à l'équipe mobile de crise de Bruxelles-Capitale et elle les a accompagnés chez M. Deblois, mais il a refusé de les laisser entrer et de leur parler. » (818 AL 0320)
- Des plaintes de police : « Notre seconde démarche a été de déposer plainte auprès du commissariat de police de Jette. Un inspecteur, Monsieur Denis Larondelle a pris la plainte, nous a conseillé de lancer la procédure Nixon et a convoqué mon père rapidement pour tenter de discuter avec lui et lui rendre la raison. Bien que l'inspecteur Larondelle a senti que mon père était réceptif à cette sensibilisation, nous n'avons pas remarqué de changement d'attitude de la part de mon père

concernant ses agissements. Sa santé mentale fragile semble nécessiter une prise en charge plus profonde avant de pouvoir entamer une quelconque conversation avec lui. » (916 AL 0121)

- Des interventions de police : « Après Brugmann toujours de problèmes, menace, injures, tapage nocturne, tentative de suicide, porte arme blanche, chaque menace ou tapage nocturne on appelle la police, il y a presque 15 ou 20 fois qu'on déplace des patrouilles de la police pour intervenir. » (937 AL 0221)

- Des demandes de mise en observation non urgente, au titre de l'article 5 de la loi du 26 juin 1990 : « Pour lui venir en aide, nous avions déposé une première requête à la justice de paix en vue d'une procédure de mise en administration de biens que la juge n'a pas souhaité imposer. » (916 AL 0121)

- Des échecs de mesures médicales alternatives : « La police l'a conduit à l'hôpital Érasme et vous trouverez ci-joint une copie du rapport médical. L'hôpital n'a pas pu le garder et il a donc quitté l'hôpital directement. » (951 AL 0821)

- Des procédures judiciaires non médicales : « j'avais déjà introduit une demande au SAJ, mais qui a fini par être annulé, car elle avait l'air d'être sortie de ce monde de drogué » (947 AL 0821) ; « Notre père a déjà fait de la prison, il est

> notamment suivi par le service social juridique depuis des années. Il a déjà été condamné plus d'une fois. » (942 AL 0521) ; « j'ai demandé une radiation de mon fils fin 2019 (toujours pas effective) » (940 AL 1020).

À l'analyse des lettres de notre corpus, on découvre une autre structure justificative relative aux actions entreprises par le passé pour remédier au trouble : il s'agit de l'évocation de la réussite par le passé de mesures similaires à celles qui sont demandées. Un peu plus de 18 % des requêtes de notre corpus sont (partiellement) structurées par cette logique de justification : « lorsqu'il avait été soigné à l'hôpital Brugmann il y a une dizaine d'années, Michel avait bénéficié de contraintes de soins de quelques années (2 ans ?) qui lui ont été bénéfiques » (803 AL 0220), « lorsque Stéphane était sous l'obligation juridique de suivre un psychiatre, sa situation nous apparaissait plus stable. Son suivi médical (consultations psychiatriques et prises de médicaments) nous semblait être le seul moyen pour qu'il soit moins pétri d'angoisses et de réactions impulsives non maîtrisées. » (813 AL 1019).

6.4. Rendre compte des manifestations du trouble, l'inscrire dans le cadre légal

Le cadre judiciaire dans lequel s'exerce la requête n'admet cependant pas le seul récit d'expérience. Si ce dernier vient évidemment soutenir la demande d'intervention, il n'est, en l'état, pas suffisant. La forme narrative constitue une forme commode de transmission de l'expérience détériorée de la vie domestique, encore faut-il voir

comment les personnes parviennent à donner une force de conviction à ce récit. Il convient alors d'étudier les manières de l'intégrer aux attentes, supposées ou réelles, induites par le cadre judiciaire : présenter des faits, et montrer que ces faits sont saisissables par le droit, en faire un *problème*.

Pour l'essentiel, le trouble est décrit à travers l'enchaînement de ses manifestations observables, c'est-à-dire d'un ensemble d'évènements, de comportements, de gestes, d'attitudes ou de paroles par lesquels son caractère problématique est supposé se *manifester*. J'ai répertorié l'ensemble des manières de décrire les manifestations du trouble dont l'expérience est faite dans la sphère domestique, ou en tant que membre du cercle familial. Celles-ci se déploient sur un arc large et extrêmement divers. On notera en effet la pluralité des comportements décrits par les requérants, qui montre que le trouble ne peut être rabattu sur une classe particulière de comportements. En effet, l'analyse du contenu des lettres de requête fait apparaître vingt-neuf catégories de manifestations du trouble, lorsqu'on exclut celles qui ne regroupent pas au moins 5 occurrences pour au moins 3 cas uniques. Ces catégories sont :

1. Agressivité, menaces, insultes
2. Angoisses, obsessions
3. Atteinte aux biens, incendies, crises clastiques
4. Comportements autoagressif, suicidalité, mise en danger de soi, comportements à risque
5. Consommation et addiction

6. Conversion religieuse, radicalisation religieuse
7. Délires, hallucinations, voix, troubles de l'identité, perte de contact avec la réalité
8. Désintérêt pour les choses, inactivité
9. Discours incohérent ou inadéquat, confusion
10. Errance, fugue, vie à l'extérieur, disparition
11. Fait de harcèlement
12. Humeur changeante, imprévisibilité, instabilité
13. Idées de grandeur, projets irréalisables
14. Insalubrité du lieu de vie, désintérêt pour le lieu de vie
15. Interprétativité, paranoïa, persécution
16. Manque d'hygiène, atteinte à l'image de soi
17. Mauvaise gestion de l'argent
18. Nervosité, agitation, perte de contrôle, hystérie
19. Nuisances sonores, cris
20. Passage à l'acte, violence physique
21. Problème de logement, sans-abrisme
22. Problèmes d'insertion, incapacité à satisfaire les engagements et les obligations
23. Problèmes relationnels, difficultés de communication
24. Retranchement
25. Troubles alimentaires, perte de poids
26. Troubles cognitifs, perte de mémoire
27. Troubles comportementaux, changement de comportement, anormalité

28. Trouble du sommeil

29. Vol, mensonge, racket

Les requérants rendent compte du trouble avant tout à travers ses manifestations concrètes, matérielles et factuelles, généralement insérées dans un récit. La catégorie « description des manifestations du trouble », qui regroupe les 29 sous-catégories listées *supra*, est la catégorie de classification qui regroupe le plus d'occurrences (plus de 600), mais aussi de cas uniques. En effet, parmi les 121 documents analysés, 98 sont codés dans cette catégorie et font donc état de comportements spécifiques, outre les qualifications générales sur l'état de santé ou la dangerosité. Les requérants tendent donc à *incarner* les difficultés de la vie domestique partagée avec le proche malade en décrivant les manifestations du trouble, d'une manière concrète et spécifique. S'ils mobilisent également des catégories plus larges, de diagnostic ou de qualification de l'état de la personne, ou des catégories d'expression des affects, il est important de s'attarder dans un premier temps sur cette manière de rendre compte des troubles par l'exposé des manières dont ils se manifestent. Cette considération m'entraîne sur deux questionnements nécessaires : (1) les procédés de factualisation et de contraste et (2) la dimension *composée* des troubles rapportés.

Il semble possible de déplier cette question à partir d'un extrait du *Traité de l'évidence* de Fernando Gil, considérant que l'exigence, inhérente à l'exercice de la requête, de convaincre de la nécessité d'une intervention peut être décrit comme une nécessité de provoquer un *sentiment*

d'évidence sur son destinataire. Le caractère conjectural du jugement qui organise le compte-rendu d'expérience — à savoir que les éléments expérientiels signifiants présentés appartiennent à un certain état des choses, occurrence d'un type médico-légal — doit être transformé en une chose *évidente*. On considérera qu'« *est évident* appartient à une famille d'expressions qui traduisent les attitudes du locuteur à l'endroit de la valeur de vérité d'une proposition » (Gil, 1993, p. 6). Il convient donc, afin de jeter les bases de notre analyse, de voir sur quelle structure repose l'évidence que les personnes requérantes s'appliquent à provoquer chez les agents :

> Cela dont on déclare expressément l'évidence n'est […] habituellement, ni un évènement ni une chose. Il sera incongru de dire « il est évident qu'il pleut », ou « évidemment c'est le 4 juillet », ou « évidemment cet arbre est là », sauf en réponse à un doute absurde ou à l'affirmation opposée, pour marquer son étonnement. On ne saurait pourtant en conclure que le langage ne prévoit pas naturellement la connaissance intuitive, suivant l'expression de Duns Scot, des entités individuelles. Bien au contraire, cela signifie plutôt que leur existence n'a pas à être proclamée, elle est trop évidente pour en avoir besoin. Devant le chêne devant ma fenêtre, « l'arbre est là » n'a pas à être mis en évidence. En revanche, on dira plus facilement : « s'il pleut, il est évident qu'on se mouillera » ou « il est évident qu'aujourd'hui c'est le 4 juillet si hier c'était le 3 ». Ce qu'on qualifie comme évident est une relation. Elle sera une relation d'antécédent à conséquent, une relation d'ordre, une relation de cause à effet. […] Il y aura ainsi au moins deux intuitions de l'évidence : une

> intuition d'« existence », une intuition « logique » qui s'avèrera la saisie d'une identité. Le langage tend à marquer celle-ci plus explicitement que celle-là. Présente et vivante pour le locuteur, l'évidence de l'expérience ne demande pas à être notifiée, elle s'impose d'elle-même. Son indication se fait par défaut, la marque fonctionne ici de par son absence puisque les autres attitudes face à la connaissance sont désignées nommément. (Gil, 1993, pp. 5-6).

Deux intuitions constituent donc la structure de l'évidence : une intuition d'existence, concernant la vérité du fait, et une intuition logique, concernant la vérité de la relation. Selon F. Gil, la première, parce qu'elle est médiée par la présence sensible au monde, ne demande pas à être notifiée autant que la seconde. Sa forme tautologique d'expression dans le langage tendrait d'ailleurs à le montrer, en dehors des contextes réactifs à une suspicion « absurde » à l'égard de ce qui se donne de manière immédiate dans l'expérience. Dulong (1998) souligne, en ce sens, la matérialité corporelle du témoignage oculaire qui force une réception confiante du récit et de ses dimensions de vérité, même lorsqu'il n'est pas l'objet d'une expérience directe de son destinataire. Pourtant, il semble que dans le cadre qui m'occupe, l'existence des faits rapportés, est comptable d'opérations de validation au même titre que les inférences logiques qui s'élaborent à son origine. Cela tient de toute évidence au fait que le compte-rendu vise à rapporter des évènements passés et des faits échus à un destinataire absent au moment de leur occurrence. Il appartient donc à l'énonciateur de s'appuyer sur d'autres « moyens de validation » afin de parer aux

doutes, légitimes même si pour partie compensées par cette « confiance particulière, et particulièrement aveugle sur elle-même, qui accrédite le témoin », quant à la valeur factuelle de son énoncé (Dulong, 1997). Outre cette exigence générale liée à la prétention des récits à relater le réel, alors même qu'ils reposent sur « les mêmes outils linguistiques pour relater un fait vécu ou une histoire imaginée » (p. 65), la nécessité d'attestation des faits rapportés tient encore aux conditions pragmatiques spécifiques des actes d'écriture qui les supportent. Ces conditions sont de deux natures (interpersonnelle, institutionnelle) et renforcent le doute quant à la valeur d'évidence des faits avancés, non seulement des relations entre eux.

D'une part, comme l'ont montré Emerson et Messinger (1977) et Emerson (2015), les conditions interpersonnelles d'émergence du trouble font peser des contraintes particulières sur l'appel à un tiers officiel, dont la requête de mise en observation est l'archétype. En effet, le trouble émerge, par hypothèse, dans un contexte relationnel constitué par des dimensions juridiques spécifiques. Celles-ci dessinent des relations caractérisées par la symétrie entre les participants et la présomption de leurs capacités, s'inscrivant « 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). D'autre part, ces comptes-rendus visent un destinataire judiciaire, dont, par hypothèse, la personne requérante sait la méthode de

jugement par essence basée sur l'examen méthodique des faits et de la matérialité de la preuve, ainsi que le respect du contradictoire.

L'évidence du contenu des comptes-rendus de l'expérience domestique repose donc sur la mise en œuvre de procédés (dé) montrant l'existence des faits rapportés, opérations de factualisation, et des relations inférées, évidences logiques. C'est en effet par la présentation *factuelle*, puis *contrastée* ou cumulée, des récits sur la vie domestique et de ses accrocs qu'il est possible de *requérir* une intervention. En d'autres termes, c'est d'abord par leur capacité à montrer que ce dont ils font l'expérience *se passe*, et que ce qui *se passe* est bien, de manière évidente, une occurrence d'un problème traitable sous la mesure, que les personnes requérantes peuvent requérir de manière recevable. Ces deux premiers réquisits reposent alors d'une part sur des opérations de factualisation, constituant l'expérience en fait, et des opérations de contraste, constituant les faits en problème. Ce sont ceux-ci que j'étudie dans cette section, avant même d'envisager les prétentions normatives contenues dans les requêtes. En effet, pour la personne requérante, il s'agit d'abord d'établir des relations de causalité, afin d'impliquer des responsabilités de prise en charge. En d'autres mots, il s'agit d'abord d'établir ce qui relève de la responsabilité (causale) du *fait*, afin de pouvoir imputer une responsabilité (politique) du *faire*.

6.4.1. Opération de factualisation

Comme le note Smith (1974), « la propriété factuelle d'une déclaration n'est pas intrinsèque à celle-ci. C'est la méthode de lecture et d'utilisation de l'énoncé par le connaisseur ou la méthode de production de l'énoncé par le conteur qui se prête à cette méthode de lecture[295] » (p. 258). Cette propriété factuelle tient donc à des opérations pragmatiques des actes d'énonciation et de réception, et en l'espèce, des actes d'écriture et de lecture. Mes enquêtes ne me permettent pas de développer de manière systématique la question de la réception[296], je dispose par contre d'un matériau empirique riche concernant la constitution des requêtes — malheureusement pas en tant qu'*acte* à proprement parler, je ne regardais pas par-dessus l'épaule des personnes lorsqu'elles rédigeaient leurs requêtes, mais en tant que résultat probant d'un acte.

Une série de moyens sont donc mobilisés par les personnes requérantes pour créer cette dimension

---

[295] Ma trad. : « *the factual property of a statement is not intrinsic to it. It is the knower's method of reading a statement ad using it or a teller's method of arriving at a statement which lends itself to that method of reading* ». Smith situe son travail sur le fait et le documentaire dans une sociologie de la connaissance, d'où le fait qu'elle parle de « connaisseur » et de « connu ». je préfère la considérer à partir d'une perspective centrée sur les actes de langage, et en l'occurrence, les actes d'écriture. Je parlerai alors d'« énonciateur » et d'« énoncé ». Le propos de Smith reste néanmoins pertinent pour rendre compte de la dimension pragmatique de la factualité, comptable d'opérations et d'accomplissements pratiques, organisés socialement.

[296] Lors des campagnes de récoltes de données, j'étais néanmoins dans le service qui recevait les requêtes, assistant au travail d'enquête, de négociation et de commentaire des agents. Cependant, ce travail, très intéressant, n'a pas

factuelle aux éléments racontés. Je les appellerai, avec Dulong (1997), des « opérateurs de factualité ». Le sociologue français propose de « formaliser le phénomène » de la factualisation comme suit : « un récit d'évènement réel se réduirait à sa forme F(r), où r désignerait un récit susceptible d'être regardé indifféremment comme vérité factuelle ou comme fable, et où F serait un opérateur, c'est-à-dire un algorithme transformant les contenus auxquels il s'applique et indépendant d'eux » (p.74). Il souligne ensuite que l'« exigence de factualisation », en raison de la prétention de l'énonciateur à voir son récit considéré comme ayant un contenu informatif réel par son destinataire, ne peut se contenter d'usages rhétoriques comme dans le cadre des conversations informelles. Dans des cadres comme celui judiciaire, « la factualité du récit doit être certifiée par un dispositif institutionnel susceptible de faire l'objet d'une démonstration de preuve, mais capable avant tout d'emporter la conviction de façon immédiate et irréfléchie[297] » (p. 75)

été observé de manière rigoureuse et systématique. Pour un aperçu de ces questions, on lira : Zimmerman (1976) et Pence (2001).

297 Dulong (1997) opère en effet une distinction conceptuelle entre « opérateurs de factualité » et « preuves ». Les premiers provoquent « une impression évidence susceptible de bousculer, sinon de rendre caduque, la critique rationnelle », quand les secondes sont inscrites dans un registre de la rationalité spécifique, dont l'évaluation scientifique ou judiciaire sont les types paradigmatiques, appelant précisément des procédures d'examen et de suspicion (p. 68). La « preuve » est du reste une notion bien malaisée à utiliser dans le contexte psychiatrique. En effet, si l'on considère, avec Ginzburg (2010) que les « preuves » sont ce « procédures [..] qui permettent de distinguer une conjecture vraie d'une conjecture fausse », alors il faut

Parcourons les quelques opérateurs de factualité dont les personnes requérantes font usage dans les requêtes. Dans un premier temps, on envisagera des usages rhétoriques et formes langagières mobilisées à des fins de factualisation. Dans un second temps, on se penchera sur les dispositifs plus matériels d'attestation : document officiel, photographie, capture d'écran.

6.4.1.1. Usages rhétoriques et formes langagières

L'usage de certaines formes introductives peut être considéré comme des manières d'indiquer que le récit présenté dans la requête est le compte-rendu d'évènements et de faits qui appartiennent à l'ordre des choses existantes, qu'il n'est ni l'objet d'une fantaisie, d'une invention ou d'une hallucination. Si on reprend le cadre d'analyse de Labov (1972), ces formes introductives, pas toujours présentes, peuvent être analysées comme relevant d'un élément typique constitutif de la structure narrative. Celui-ci est l'« *abstract* », généralement placé avant les propositions narratives, et qui indique au destinataire *de quoi il en retourne* et lui donne le « mode d'emploi » de réception du récit (Smith, 1978), c'est-à-dire qui spécifie si le récit consiste en une « transmission d'informations » ou en « une création fictionnelle » (Dulong, 1997, p. 74). Bien sûr, on opposera que le contexte institutionnel induit un accord conventionnel entre l'énonciateur et le destinataire sur la nature des récits présentés : il n'y aurait aucun sens à transmettre le récit de

peut-être, en l'état actuel des connaissances psychiatriques en tout cas, abandonner la notion.

ses rêves au parquet de Bruxelles, il serait risqué de lui communiquer le compte-rendu de ses hallucinations, etc. Pourtant, il semble que c'est précisément ce contexte institutionnel, et son appétence pour les faits, qui impliquent une nécessité accrue de « factualiser » le compte-rendu de l'expérience.

Ainsi, cet *abstract* d'une lettre de requête adressée au parquet par quelques membres d'une famille bruxelloise au sujet de leur frère : « veuillez trouver ci-joint le dossier concernant nos plaintes (et nos craintes surtout) au sujet de la santé de notre frère Michel Van Eeden. » (803 AL 0220). Cette formule introductive agit comme une sorte d'accord sur ce qui sera trouvé dans le long contenu de la lettre. De ce fait, le destinataire peut s'attendre, à la lecture, à trouver un ensemble de faits qui nourrissent les « plaintes » et les « craintes » des personnes requérantes. Ces faits sont en outre réputés informatifs quant à l'état de santé de Michel Van Eeden.

6.4.1.2. Témoignages oculaires et attestation

Cependant, la présence d'un *abstract*, indiquant de manière plus ou moins explicite un récit d'éléments factuels à suivre, n'est pas la seule manière de remplir la fonction de factualisation, loin de là. Une série de formes verbales viennent notamment appuyer cette fonction, basée sur la force du témoignage que j'ai mentionnée déjà. Elles reposent sur ce que Dulong (1997) appelle une « mention autobiographique », c'est-à-dire « la preuve matérielle qu'apporte le témoin par la seule attestation de sa présence aux évènements » (p. 84). Ici, deux modes d'attestation de

la présence (*j'y étais*), donc de l'expérience (*donc j'y ai assisté*) et donc de la factualité (*et donc ça existe*) peuvent être distingués : ceux qui appartiennent à la catégorie large de l'observation, et ceux qui relève plutôt des modes sensibles de présence.

Les premières relèvent donc de l'ensemble des formes verbales à associer à l'action de l'observation : observer, voir, remarquer, assister, entendre, etc. Ainsi, cet extrait d'une longue lettre par laquelle la requérante entend faire part de son « grand désarroi face aux très pénibles désagréments [qu'elle] subit de la part du voisinage ». Ainsi, on remarque dans son récit des faits une multitude de formes démontrant le caractère immédiat du témoignage (je souligne) :

> Je suis montée au 1er étage pour **voir** ce qu'il s'y passait et tenter de parler avec le locataire, mais je suis **tombée nez à nez** avec lui sur son palier […] J'ai en outre une fois **constaté** en rentrant pile à ce moment-là chez moi que le propriétaire faisant beaucoup de bruit avec sa porte de garage, totalement imprévisibles et sans lien avec quoi que ce soit que je puisse **constater** ou **entendre**. Il m'a seulement semblé **repérer** que les faits survenaient l'après-midi, mais plus rarement en début de nuit, et pas le matin avant midi/treize heure. […] Derniers faits en date (outre les cris, aspirateur, coups sur le mur), ce jeudi 31 octobre en rentrant chez moi vers 18h30/19h, **m'entendant** interpeler à plusieurs reprises, j'ai **aperçu** en tournant la tête le locataire du 1er voisin qui **semblait** m'attendre sur le trottoir juste en face de chez moi, pour partir en courant sitôt que je l'ai **regardé**. Le lendemain, hier vers vendredi 1er novembre en début d'après-midi : coup de sonnette,

> quand je descends, personne, mais les enfants qui **regardaient** par la fenêtre m'ont dit avoir encore **vu** le voisin sur ce même trottoir d'en face, observant la maison et partant en courant comme la veille sitôt qu'il les vit. (916 Al 1119)

Ces formes verbales, décrivant l'ensemble des modalités de la posture d'observation, collent particulièrement bien au contexte clinique, qui consiste, dans sa forme paradigmatique, en l'interprétation des faits observés[298].

Il est cependant une autre manière d'attester sa présence et donc la factualité de ce que l'on rapporte : celle du *pâtir*[299]. L'attestation de la présence, et donc de la capacité à témoigner sur la survenance de faits, passe dans ce cas par les modalités de l'affect et du ressenti. Les personnes requérantes écrivent alors *subir* « les crises » (868 AL 0318), « les comportements » (952 AL 0821) ou « les violences » (916 AL 0121), *souffrir* « des drames » ou « du fléau » (942 AL 0521), *être exposées* « à un péril grave » (830 AL 0919), en décrivant ensuite, par le menu, les manifestations factuelles.

Une autre manière de rendre factuelles les propositions narratives repose sur l'appui sur le témoignage d'autres personnes que celle du ou des énonciateur(s). Ces personnes peuvent être d'autres membres du milieu de vie ou intervenants, renforçant la valeur factuelle de ce qui est

---

[298] Ce que soulignait notamment Foucault (1983b), dans sa *Naissance de la clinique*, où il faisait de la question du regard le cœur de l'expérience médicale, dont la scène archétypique serait celle du médecin au chevet du malade.

[299] Voir Berger (2017).

rapporté. Par définition, une assertion sur ce qu'il s'est passé peut moins être déniée dès lors qu'elle repose sur plusieurs témoignages. Par exemple, ce père qui requiert une hospitalisation contrainte pour son fils, relatant une soirée problématique, et s'appuyant entre autres sur le témoignage d'un des amis de son fils :

> Greg m'a téléphoné à 10h30 du soir pour me dire que [Clément] délirait à propos de Dieu, du diable et des extra-terrestres et qu'il était très nerveux, qu'il cherchait la bagarre avec tout le monde, Son comportement était tellement inattendu et menaçant, disait Greg […] qu'il fallait de toute urgence l'hospitaliser. Là-dessus, je suis parti chez Greg pour aller chercher mon fils et j'ai effectivement pu constater qu'il était en fort mauvais état. Greg m'a de nouveau dit que mon fils « déconnait» complètement et qu'il avait même commencé à étrangler une fille qui était là et qui avait eu très peur, qui s'était mise à pleurer de peur. Tout le temps où il était resté avec eux, Clément n'avait pas arrêté de parler de cocaïne, continuait Greg, c'était pour lui comme une obsession d'arriver à s'en procurer. Avant que mon fils ne monte dans ma voiture, je me souviens que Greg m'a encore répété qu'il fallait que je fasse hospitaliser Clément. Je cite ce témoignage qui est d'autant moins suspect que Greg est un ami de Clément qu'il a rencontré à Sans Souci et qui y est toujours, mais à présent dans un appartement supervisé. Il m'a confié que c'était un problème de conscience pour lui de dire ça (= de parler en mal) de son ami et de me téléphoner pour me demander de venir le chercher, mais qu'il n'y avait rien d'autre à faire, car, aussi non, leur soirée du réveillon aurait été gâchée, qu'elle aurait viré au cauchemar.

Cependant, ici, l'énonciateur est confronté à cette « étonnante fragilité de la désignation du témoin, qui a pour source un autre témoignage, quand elle n'est pas le fait du témoin lui-même » (Dulong, 1997, p. 84). C'est d'ailleurs une fragilité intégrée par le père, qui insiste sur le fait que son témoignage est peu suspect, parant à tout soupçon par l'évocation de l'examen critique qu'il a appliqué au récit de Greg.

La force du témoignage d'appui repose sur la forme qui lui est donnée ainsi que le statut de la personne convoquée. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un membre du milieu de vie, sans autre statut, on remarque l'usage de certaines modalités de formalisation du témoignage, parfois sous des formes d'apparence légale ou officielle. C'est par exemple le cas dans cette requête d'un père pour son fils, à laquelle il joint une lettre d'un de ses amis, qui, après avoir clarifié sa position en tant qu'ami du fils qui a « l'habitude de la voir une fois par semaine en règle générale et de l'avoir souvent au téléphone », explique les raisons de son témoignage comme suit : « après avoir prévenu et parlé avec la famille, je viens ici en tant que témoin de la situation afin de lever toute confusion » (918 AL 0621). Lorsque les témoins convoqués sont des intervenants professionnels, la validité du témoignage semble reposer sur leur statut. Les personnes requérantes peuvent alors par exemple appuyer leur récit sur le fait que « Mr BOUCHAT son assistant social (commune de Schaerbeek) peut vous expliquer », que les faits rapportés sont vrais parce que « même son assistant social le dit », et qu'en cas de doute, « Demandez à Mr BOUCHAT son

Assistant Social au CPAS de Schaerbeek SVP ! » (824 AL 0720). De même, cette mère qui requiert une hospitalisation pour son fils, et joint, à la fin de sa lettre, dans une partie nommée « annexe » les coordonnées de son médecin traitant qui « connaît fort bien le dossier de [son] fils » (804 AL 0220). Outre les intervenants psychosociaux, et les médecins (sur lesquels je reviens), les professionnels du contrôle sont des agents très importants dans la validation des faits présentés par les personnes requérantes. On soulignera ainsi, par exemple, à l'appui du compte-rendu des faits que l'« inspecteur Schoenaers […] a pris les choses au sérieux » (803 AL 0220) ou que « la police s'est rendue sur place aujourd'hui et a constaté les faits » (862 AL 1112).

6.4.1.3. Dispositifs institués : documents, archives, captures

Dans certains contextes, comme le contexte judiciaire, le fait que les récits soient soumis à un examen critique peut impliquer l'usage de dispositifs institués de factualisation, c'est-à-dire de « procédés adjoignant aux mots une forme codée de relation à l'évènement » (Dulong, 1997, p. 75). En ce sens, les pièces jointes aux requêtes peuvent être analysées comme relevant de cette catégorie conceptuelle.

Il y a, en premier lieu, l'ensemble des documents officiels, depuis le rapport médical circonstancié, légalement requis, mais dont on verra l'usage réel dans une section suivante, aux copies de procès-verbaux de police. Cette fonction de factualisation des documents officiels me semble tant

évidente qu'elle n'appelle peut-être pas réellement de commentaire.

Par contre, l'usage des photographies et des captures d'écran appelle quelques réflexions[300]. L'ajout d'élément photographique est très répandu dans les requêtes de notre corpus, et semble constituer un excellent opérateur de factualisation des récits. En ce sens, S. Sontag (2003) rappelle qu'une des applications utilitaires de la photographie est la « justification » : la photographie permet de montrer, de manière « irrécusable » qu'un « évènement donné s'est bien produit », « que quelque chose d'identique à ce que la photo montre existe, ou a existé, réellement » (p. 18). La photographie « montre de toute évidence » que l'évènement photographié « a existé ». Prenant l'exemple d'une photo représentant un homme et un cheval, sans aucun autre renseignement, J. Berger (2014) note la force d'évidence qui en émerge : « avant même d'essayer de lire la photographie de l'"homme au cheval", avant même de la situer, le simple acte de la regarder confirme, aussi brièvement que ce soit, la conscience que nous avons d'être dans le monde, avec ses hommes, ses chapeaux, ses chevaux, ses harnais… » (p. 90). La photographie est donc un opérateur de factualité dont la force persuasive est indéniable, elle « bloque dans l'esprit toute réflexion, empêche même le

[300] On considérera la capture d'écran comme une forme particulière de la photographie, dans le sens où, comme les autres formes photographiques, elle est génératrice d'une image fixe, capturée d'un monde caractérisée par le flux (Proulx, n.d. ; Proulx, 2020).

soupçon d'une fraude […] impose immédiatement et totalement sa vérité » (Dulong, 1997, p. 70)[301].

Ainsi, rapporter le fait que la personne fauteuse de trouble « s'est récemment brûlée en mettant un produit chimique sur son corps » et qu'« en date du 31 mai 2021 [elle] a détruit la porte de la maison de son père avec un tournevis » aura sans doute une valeur factuelle plus grande dès lors que ces propositions sont accompagnées de « photos en annexe ». Certaines requêtes sont accompagnées de pièces photographiques dans notre corpus, en particulier dans des cas de récits qui impliquent des questions relatives à l'insalubrité du domicile, ou aux violences corporelles. D'autres requérants annexent des captures d'écran, montrant certaines des conduites du fauteur de trouble dans l'espace numérique, et leur conférant par-là une valeur de fait objectif. Il est par exemple intéressant d'évoquer cette requête d'une mère pour son fils, âgé de 36 ans au moment où elle fait cette demande au parquet. Elle relate longuement les faits

[301] Le *digital turn* a bien sûr modifié cette réalité, les capacités techniques offrant désormais la possibilité de créer des « images-fictions », « a-référentielles » et juste « plausibles », en plus des « images-traces », affaiblissant ce « critère de réalité » lié à la pratique photographique, c'est-à-dire sa capacité à référer « à l'existence dans le réel de ce qui a été la source ou la cause de l'image » (Dubois, 2016). Je n'envisagerai cependant pas l'éventualité de photomontage et autres pratiques de falsification dans le cadre de ce travail. Le fait qu'on ne « peut faire dire formellement un mensonge à une photographie qu'en se livrant à des falsifications » ne fait paradoxalement que renforcer sa dimension référentielle *de la réalité* : pour qu'une photographie ne réfère pas à un état réel du monde, il faut user de techniques non photographiques, et, par-là, ce n'est donc plus vraiment une photographie. La force des effets de réel produit par la photographie provient du fait qu'elle est un langage qui, s'il est peu signifiant en soi, ne peut être « dévié » (Berger, 2014, p. 96).

passés au cours des dernières années, et qui constituent, selon elle, la preuve que son fils « n'est aujourd'hui plus dans un état normal » et qu'il importe dès lors de « faire en sorte qu'il soit soigné » au plus vite. Elle évoque notamment un épisode de violence à l'égard d'une locataire de l'immeuble où habite ce dernier. Elle écrit : « il a blessé la locataire de l'immeuble où il vit (voir plainte déposée à la police) dont je ne sais pas s'il a souvenance ou même conscience. Je pense que le n° de PV est BR32. L1. 234 567/2020 ». Entre autres choses, elle exprime également le fait que « les voisins [lui] signalaient également qu'il lui arrive de faire du bruit et taper sur les murs en pleine nuit ». Deux pièces photographiques sont jointes à sa requête. D'une part, une photographie de la convocation de la police dans le cadre de la plainte, d'autre part une capture d'écran d'un message de la locataire adressé à la mère : « de toute façon Martin ne change pas et il fait que bouger les meubles la nuit donc nous on ne dort pas bien. Bonne soirée et merci à toi » (927 AL 0421). Ces pièces photographiques viennent soutenir le récit, en factualisant certaines des propositions centrales, qui étaient néanmoins relativement fragiles en raison du fait qu'elles reposaient sur un discours rapporté.

Une autre dimension des dispositifs photographiques de factualisation peut être soulignée à partir de ce dernier exemple : le fait qu'une photographie ne *fonctionne* jamais seule. Elle doit nécessairement être accompagnée d'un discours qui en spécifie le sens, et qu'en retour elle atteste. Comme le note J. Berger (2014), « dans toute relation entre la photographie et les mots, la photographie sollicite

une interprétation — par les mots. Souvent, ces mots manquent par eux-mêmes de crédibilité, et c'est l'image qui la leur en donne — tout en recevant elle-même sa signification des mots » (p. 91). En ce sens, on peut se pencher sur une requête déjà évoquée, celle de la famille Maassen, pour leur frère, Jules. Dans sa requête, sa sœur, s'exprimant au nom des « membres de la famille proche et éloignée de Mr Jules Maassen », justifie la nécessité d'hospitaliser son frère notamment à partir de ses comportements débordants et problématiques dans des espaces numériques. Elle se plaint « de véritable harcèlement avec images délictueuses et violentes (voir dossier), textes agressifs, malveillants, injurieux ou complètement bizarres ». À la requête, elle joint un dossier de près d'une septantaine de pages, reprenant un ensemble de captures d'écran des messages publiés par son frère, de conversations tenues avec lui et de mails de *plainte* reçus de la part de personnes affectées. Sur l'ensemble de captures, elle a ajouté des précisions, elle a légendé les images, et a explicité les lieux et personnes mentionnés. Le dossier est d'une telle ampleur qu'il est introduit par une sorte de sommaire, une « liste des annexes ». Cette dernière est le lieu d'une explicitation des propositions que sont supposées factualiser les pièces photographiques. Voyons comme elle procède, citant quelques-unes des légendes proposées par la requérante :

> **1.** Images malveillantes et injurieuses envoyées par Michel Van Eeden sur Facebook et reçues par ma fille Isa Boulders le WE du 18 janvier 2020 et par mon frère le chanoine Stéphane Van Eeden. Les images montrant fusil, munitions, etc. ont fait l'objet d'une plainte d'Isa

Boulders au commissariat de Woluwe St Pierre le dimanche 19 janvier dernier.

2. Copie de SMS reçus sur mon portable entre le 19 déc. 2019 et le 1er janv 2020

[…]

4. À quelques jours du décès de notre père, conversation avec Mme Leclair (marraine de Michel) le 21 mars. Nous espérions déjà trouver de l'aide médicale pour Michel

[…]

9. 9 fév. 2018 : conversation évoquant les difficultés avec Michel Van Eeden

[…]

13. Intitulé « Sabotage » : Problèmes de Michel avec son propriétaire Mr Van Ypersele + photos prises par Michel (27/12/2019)

[…]

16. Email de Michel reçu par son frère Jean le 27 janvier 2020

17. Nombreux emails bizarres parfois injurieux, borderline avec la réalité dont certains font référence à l'affaire Dutroux

18. Échange d'email de Michel intitulé « Euthanasie forcée » avec moi-même ce 27 et 28 janv. 2020.

Sans ce travail de légende, les photographies présentées ont peu de sens. Sans clé de lecture, il semblerait difficile de parcourir ce dossier et d'y saisir quelque chose. La photographie nécessite un discours. En retour, elle le renforce. En effet, la requérante se plaint dans sa requête du fait que « c'est tous les jours qu'[elle]-même, [ses] enfants et la famille doivent se plaindre de messages sur Facebook ou emails qu'il [leur] adresse ». Sa capacité à en présenter les traces photographiques, par le moyen de captures d'écran, rend son assertion indéniable.

Proposition discursive et pièce photographique se renforcent mutuellement pour *créer* le fait indiscutable que Michel Van Eeden envoie « sur Facebook des images délictueuses » et de « de nombreux messages malveillants ». La dimension référentielle de la photographie repose en effet sur ce travail d'étiquette ou de contextualisation discursive des pièces photographiques pour en permettre l'opération de factualisation (*de quoi démontre-t-elle le fait ?*).

Ainsi, dans le dossier d'annexes, on trouve notamment les deux captures d'écran suivantes (les images ont été partiellement modifiées pour en ôter les éléments qui permettraient l'identification de personnes ou de lieux) :

« pièce 1.c » et « pièce 1.a » de la requête 803 AL 0220

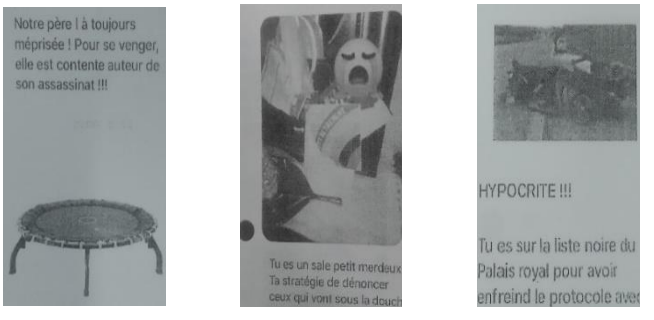
Ces deux photographies ne signifient pas grand-chose par elles-mêmes. La première montre un public applaudissant. Un emoji « chat souriant avec des yeux de cœur » a été

ajouté au centre de l'image. Au-dessous de l'image, un message : « *Qui a payé ce jouet ? Ton père te vomit de sa bouche !!! CRAPULE !!!* ». Un lien hypertexte renvoie vers une page consacrée à un modèle de poussette, sur le site internet d'un magasin d'articles de puériculture. La seconde est un montage reprenant une photographie d'un homme de dos, tenant une Kalachnikov dans sa main gauche. Un emoji « main levée » a été ajouté au centre de l'image. Dans la paume, on a rajouté les lettres « P » et « D », vraisemblablement pour renvoyer au mot « PD », insulte homophobe. Sur la crosse de l'arme, il a été également ajouté la mention « TOUT EN CAMION ». En dessous de l'emoji main levée, une inscription (effacée dans sa version originale par souci d'anonymat) : « frère Cyril de l'abbaye d'Orval ». On le voit, ces pièces photographiques manquent d'une signification. Si elles sont de manière évidente le signe de *quelque chose* de bien existant, attesté par la pratique de la capture d'écran (on capture quelque chose), référant à un état du monde passé, ce *quelque chose* n'est pas identifiable sur base de leur seul contenu. En ce sens, pour reprendre les termes de S. Sontag (2003), elles ne sont pas tant « propositions sur le monde » que des « morceaux du monde ». Leur capacité à factualiser des évènements du monde[302] est inversement proportionnelle à leur capacité à signifier, à créer du sens. La photographie permet la factualisation d'un fait sans signification, à moins qu'on lui adjoigne un contenu discursif. Son

[302] En ce sens à la *réaliser*, si on reprend la distinction wittgensteinienne entre le monde et la réalité, reprise notamment avec profit par Boltanski (2009) dans sa théorie des institutions et des faits institutionnels.

ambiguïté et son équivocité ne peuvent en effet être levées qu'à condition de l'accompagner d'un « mode d'emploi » qui donne la clé de leur lecture. Ces images ne sont signifiantes que lorsqu'elles sont lues en parallèle du texte dont elles renforcent la valeur factuelle, mais qui leur servent dans le même temps de contexte. Elles sont des représentations des « images malveillantes et injurieuses » que la requérante annonçait au premier point de sa liste d'annexes. Une série de clarifications sont ainsi données qui permettent d'en faire une analyse externe (contexte d'écriture, intentionnalité supposée de leur émetteur, etc.) autant qu'interne (sens et références contenues dans l'image). Ainsi, on apprend que ces images « envoyées par Michel Van Eeden sur Facebook » ont été reçues par « Isa Boulders le WE du 18 janvier 2020 », fille de la requérante, et par son « frère le chanoine Stéphane Maassen ». D'après les légendes ajoutées par celle-ci, on apprend que ces messages ont été transmis à la requérante par ce dernier, qui écrit dans son mail : « personnellement, je n'ai pas reçu de menaces de mort, mais ce message sur FB ce 23 janvier ». On comprend donc que ces photographies font bien partie d'un ensemble, annoncées dans la « liste d'annexes » du reste, qui inclue des menaces de mort. En ce sens, une légende supplémentaire ajoutée par la requérante stipule que le frère Cyril dont il est question sur le photomontage de l'homme à la Kalachnikov est « un moine d'Orval, où il a été en communauté ». Le fait que le fauteur de trouble proférerait des menaces de mort en sort renforcé, puisque dorénavant, ces images qui représentent des « Kalachnikovs, munitions, cercueil, etc., » semblent

adressées, ou à tout le moins liées à des personnes de son entourage. La proposition de contexte — « voici quelques messages reçus récemment de Philippe par Messenger. Ils témoignent de la détresse dans laquelle il se trouve et de la violence qui l'habite » — a donc servi de clé de lecture des images, en restreignant et orientant les interprétations possibles. Par effet de retour, elle se trouve largement renforcée, grâce à cette attestation par l'image. De nombreuses autres captures d'écran sont jointes à la requête, montrant les formes des conduites numériques de Jules Maassen, avant tout dans ses communications écrites. En voici trois exemples :



Éléments de la « pièce 15 » de la requête 803 AL 0220

Ces images sont des parties choisies de la « pièce 15 » de la liste des annexes, celle annoncée par la requérante comme comprenant « lettre et preuves de harcèlement de la part de Michel vis-à-vis de son neveu Guillaume Van Eeden ». Deux pages sont remplies de capture de ces invectives sur la plateforme Messenger de Facebook, elles sont légendées comme suit : « Facebook : reçus par mon neveu

Guillaume Van Eeden ». La capture d'un message de ce dernier initialement adressé à l'avocat de la famille, transférée en toute hypothèse à la requérante, est effectivement jointe :

> Je vous contacte, car je viens de découvrir à l'instant des messages que mon oncle, Mr Michel VAN EEDEN, m'a envoyé via mon compte Facebook fin décembre 2019. Ces derniers sont très dérangeants et présentent à mes yeux une forme de harcèlement. Vous trouverez ci-joint une série de prises d'écran de mon téléphone. Je tiens à préciser que l'enfant couché sur un fauteuil rouge et qui se trouve sur une des photos (par après accolée d'un smiley) est mon fils aîné, âgé de 8,5 ans [303]. Il s'agit de la carte de vœux que nous avions envoyée à mon oncle en fin d'année 2019. […] Suite à ces messages, j'ai de sérieux doutes sur la santé mentale de mon oncle et sur les actes qu'il pourrait commettre. Je désire donc les partager afin qu'il puisse être aidé de la meilleure manière.

6.4.2. Montrer le problème : structure de contraste et structure de cumulativité

J'ai montré les manières qu'ont les requérants pour présenter des faits à l'appui de leur demande d'hospitalisation contrainte. Le processus de judiciarisation d'évènements se passant essentiellement dans la sphère domestique, donc réputés privés et dont les significations sont souvent familières, implique la constitution d'une réalité factuelle, cela d'autant plus que

[303] Cette capture n'est évidemment pas présentée dans ce travail par souci d'anonymat.

les récits sont pris au sein de luttes micro-politiques concernant la définition et l'interprétation des faits. Nous avons dorénavant des *faits*, ou ce qui s'y apparente. Ceux-ci ne sont plus pris dans les dynamiques de conflit de réalité, mais plus ou moins assurés, grâce à un ensemble de moyens et de dispositifs institués que j'ai décrits. Pourtant, seule la moitié du chemin est faite, le fait n'étant pas porteur d'une signification univoque en lui-même. Les conflits sur la réalité peuvent donc laisser place à ceux, au moins aussi complexes, des conflits sur l'interprétation des faits. L'évidence des faits assurée, encore faut-il que les relations logiques qui leur donnent sens puissent être présentées avec la même force d'évidence.

Comme le note Lafore (2010) dans son travail sur la *juridicisation des problèmes sociaux*, et ce qu'il appelle la « construction sociale de la protection sociale[304] », la structure fondamentale de ce processus repose sur la définition d'un champ d'application personnel et d'un champ d'application matériel. Le premier s'articule autour de critères personnels, par exemple liés à l'âge, à l'appartenance nationale ou au statut, et désigne les personnes éligibles pour se voir attribuer des droits et

[304] Je l'ai déjà souligné, ce genre de vocable est vecteur d'une ontologie *sceptique* du social qui me semble problématique à bien des égards, et dont le pragmatisme entend d'ailleurs se départir. L'article de Lafore est néanmoins pertinent dans le cadre de ce travail, et ne semble pas attaché outre mesure à une perspective constructionniste. En effet, il vise à montrer comment le droit « permet de qualifier des situations, de construire des catégories pour lesquelles une intervention est légitime et auxquelles sont attachés des droits et des devoirs » (p. 18), et est par là parfaitement intégrable à l'approche constitutive du droit dont j'ai spécifié les grands traits dans le chapitre 5.

bénéficier de certaines prestations sociales[305]. Le second, qui m'intéresse plus particulièrement ici, désigne la « qualification des faits ou des situations qui, pris en compte par les dispositifs protecteurs, ouvriront les droits et les prestations au constat de leur survenance pour les premiers ou de leur existence pour les secondes » (p. 21). Il s'agit de montrer que le « substrat factuel » correspond bien aux critères juridiques qui circonscrivent l'application des mécanismes sociaux et le déclenchement des mesures de protection ou de contrôle. Comme je l'ai déjà évoqué dans le troisième chapitre de cette thèse, l'enjeu central de la qualification des faits correspond, du point de vue pragmatique, au « travail préliminaire » des personnes qui façonnent un « cas » à partir de faits épars et non univoques dans l'expérience, pour les placer sur le radar institutionnel[306] (Smith, 1978). Ce travail a été l'objet d'une multitude de travaux en sociologie, notamment ceux concernés par le *passage par le droit*, dont l'article de Felstiner, Abel et Sarat (1980) a été l'une des étapes théoriques cruciales, et avant celui-ci, les travaux de Llewellyn et Hoebel (1941).

[305] Dans les faits, les critères personnels qui désignent les personnes pouvant être prises en charge au titre de la loi du 26 juin 1990 sont un critère d'âge (majorité) et de présence sur le territoire.

[306] La production de connaissance développée dans l'évaluation psychiatrique, particulièrement dans le cadre de la désinstitutionnalisation, n'est en effet pas l'opération d'un expert, *héros solitaire de la société du risque*, vis-à-vis d'un objet, mais bien plutôt la production négociée d'une catégorisation au sein d'un agencement social cadré (différentiel d'expertise, différentiel de légitimité, différentiel de pouvoir), généralement au préalable préconfiguré par ses proches.

Une fois établis les faits, encore faut-il donc en montrer le caractère problématique, et en l'espèce, la correspondance aux critères matériels définis légalement. Or, l'enjeu premier semble être celui de la mise en lumière du trouble comme relevant d'une forme de déviance psychique, critère premier s'il en est d'une mesure de « protection de la personne des malades mentaux », selon le titre même de la loi. Autrement dit, il s'agit pour les personnes requérantes de montrer que le trouble auquel ils ont affaire relève bien d'une problématique descriptible sous une hypothèse de maladie mentale ou de vulnérabilité psychique. On remarque dans les lettres de requête une multitude de manières de qualifier ces problématiques, plus ou moins inscrite dans un système de référence médical ou psychiatrique. Les personnes requérantes situent le problème au niveau de l'« état de santé », de la « santé mentale », de la « maladie », des « troubles mentaux », des « problèmes psychologiques », ou au moyen de catégories diagnostiques telles que la « dépression », la « schizophrénie » ou de la « psychose », de la personne fauteuse de trouble. Cependant, l'usage de qualifications générales ne suffit évidemment pas, encore faut-il les (dé) montrer, en justifier l'inférence sur base des *faits établis*. L'acheminement contraint vers l'hôpital, mesure de dernier recours inscrite dans des procédures de contrôle de conformité légale, relève dans un premier temps de la capacité à organiser un ensemble d'impressions disparates et parfois confuses en un problème appropriable et saisissable par les agences.

La requête repose sur la capacité à faire adopter au destinataire l'hypothèse adoptée par son rédacteur. Par définition, cette hypothèse est que la personne fauteuse de trouble souffre d'une maladie mentale. Il convient donc d'analyser les enjeux et les formes d'un tel raisonnement, et de sa communication, pour en saisir les conditions de félicité. Pour ce faire, deux structures de raisonnement semblent centrales : celles qui tiennent au contraste et celle de la cumulativité. Je parle de raisonnement parce que s'ils sont saisis ici à partir des manières de justifier la prise en charge, puisqu'insérés dans le cadre judiciaire déjà exposé, ils sont également à la base des manières de saisir le trouble et de le configurer en deçà des cours d'action institutionnels, comme je l'ai montré dans le troisième chapitre. Le raisonnement a, en ce sens, une double acception, comme en mathématique : un raisonnement est une manière typique et séquencée d'accéder à une réponse à un problème, un raisonnement est une opération qui peut être montrée et a une valeur de persuasion.

Le jugement de maladie mentale, en tant que conjoncture n'est pas uniquement fragile du point de vue de sa structure logique interne, il est encore soumis à une faillibilité *externe*, en raison de son contexte social et pragmatique de production, de son intégration dans des processus interactionnels. La configuration du trouble repose sur des procédures d'atténuation ou d'amplification, de négociation sur les valeurs d'indices et de stratégie de « symptomatisation » des faits. Comme le note Caprettini (2015), « le statut sémiotique d'un fait observé est déterminé par des hypothèses : la valeur

symptomatique d'un certain élément de la réalité, sa valeur référentielle dérive de la décision — entendue comme une conjecture — de le considérer comme pertinent » (p. 157). Or, cette « décision », qui permet finalement la catégorisation du trouble en une « espèce spécifique de déviance », est insérée au sein d'une « lutte interpersonnelle […] pour déterminer ce qu'est le trouble et comment y remédier » (Emerson, Messinger, 2020). En toute hypothèse, il existe au moins une personne qui a tout intérêt à refuser la qualification psychopathologique, et les opérations sémiotiques qui la soutiennent : la personne fauteuse de trouble. Ce refus fragilise le raisonnement conjectural, puisque toute hypothèse générale, toute valeur référentielle donnée à un fait, toute décision de prendre une donnée comme l'*indice* de quelque chose, peut être remise en question — cela d'autant plus dans le cadre d'une psychiatrie basée sur les droits, soumettant ses manières de faire à un respect du principe du contradictoire (voir chapitre suivant), et à la présomption de propriété individuelle de ses problèmes, c'est-à-dire la reconnaissance entière du « pouvoir définitionnel » de l'individu sur ce qui lui arrive tant qu'il ne contrevient pas à la loi.

6.4.2.1. Structure de contraste

Pour les « autres » de la personne fauteuse de trouble, la requête psychiatrique repose sur des opérations de saisie et de démonstration du caractère inadéquat des conduites eu égard à la situation. Ces opérations reposent pour l'essentiel sur un éclairage du comportement au moyen d'une « structure de contraste » qui permet de saisir, et de

rendre saisissable (de donner à voir), le caractère incongru, inadéquat, et donc déviant, d'une conduite qui ne l'est pas intrinsèquement. La notion de « structure de contraste » est proposée par Smith (1978). Dans la lignée des travaux de Goffman (1969), la sociologue pointe le caractère éminemment contextuel du diagnostic profane. L'identification diagnostique et pronostique d'une déviance psychopathologique repose sur une structure logique commune, celle de la mise en contraste de deux énoncés, concernant souvent une conduite en regard d'un contexte d'action (routinier, réglementaire, conventionnel, etc.). Cela repose donc sur la capacité à (donner à) voir le caractère inadéquat d'une conduite ou d'une énonciation au regard de son contexte. Cette inadéquation repose sur la « structure de contraste », c'est-à-dire la mise au jour de la transgression des « contraintes d'acceptabilité » de la situation (Ogien, 1991), qui ne soit pas compensée par une activité réparatrice. La nécessité du contraste provient du fait qu'en soi, aucune conduite n'est pathologique ou un signe univoque de folie. En effet, comme le soulignait Goffman (1973),

> Il est important de souligner qu'il est difficile de juger une déviation sociale indépendamment des relations et de l'appartenance de l'offenseur et de l'offensé, car il n'est pratiquement aucun acte social qui, en lui-même, n'est pas convenable ou, du moins, excusable dans un certain contexte. Les illusions d'un simple soldat peuvent être les droits d'un général ; les invites obscènes d'un homme à une inconnue peuvent être les caresses osées d'un mari à sa femme ; la défiance du paranoïaque est la pratique justifiée de milliers d'agents secrets. (p. 332)

Cela est d'autant vrai dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Ainsi, comme le souligne Joseph (1996b),

> Le travail consistant à contenir, apaiser, s'accommoder de l'insupportable n'étant plus le fait du seul psychiatre ou du personnel soignant, ce sont bien les troubles ordinaires, *vernaculaires*, de la coopération et de la coordination des activités qui donnent la vérité situationnelle du symptôme psychiatrique. (p. 18)

La structure de contraste repose de ce fait sur l'exposition de l'opposition entre deux déclarations, la seconde fournissant des « instructions » pour savoir à quel point le comportement observé est anormal. En ce sens, elle repose sur un travail de contextualisation qui permet d'identifier le caractère déviant, et donc psychopathologique, de la conduite observée puis rendue factuelle. Les faits exposés dans les requêtes sont donc adjoints d'un travail de mise en contexte et de démonstration de la structure de contraste, afin de montrer le caractère indiciaire des activités dont elles rendent compte. Sous une forme ramassée, on peut exposer une structure de contraste à partir de cet extrait « la santé de monsieur se dégrade vraiment, hier quand ma nièce l'a croisé, il ne l'a même plus reconnu, alors que c'est elle qui lui a toujours apporté de l'aide depuis sa sortie de l'hôpital » (966 AL 0521). Le fait de ne pas reconnaître quelqu'un n'est certes pas un signe, en soi, d'un état de santé qui « se dégrade vraiment ». Ce n'est qu'avec le contexte plus général, celui de l'interconnaissance supposée entre la nièce et le fauteur de trouble que le

contraste apparaît. La structure de contraste, on le voit, repose sur la (dé) monstration du caractère inconciliable de deux propositions tenues à propos de la même situation, qui ne peut être résolue qu'en supposant que le fauteur de trouble « est temporairement incompétent » ou « qu'il est dérangé ». Sans cette supposition, le fait que le fauteur de trouble connaît sa nièce, puisque « c'est elle qui lui a toujours apporté de l'aide depuis sa sortie de l'hôpital » et celui qu'« il ne l'a même plus reconnu » ne peuvent être tenus ensemble. Cependant, on le voit ici, cette incongruité, d'apparence inconciliable sauf à supposer une défaillance psychique, pourrait trouver un tout autre contexte d'explicitation (un différend entre l'oncle et sa tante, une myopie mal corrigée, etc.).

La structure de contraste repose sur un appel au sens commun du destinataire qui, comme l'énonciateur, est supposé comprendre l'inadéquation des pratiques factuelles, au regard de ce que *toute personne normale ferait dans un tel contexte*. On voit bien la succession des propositions narratives et des propositions de contexte, celles-ci étant mises dans une tension irréconciliable sans ce saut hypothétique qu'est l'idée d'une dégradation de son état mental. La notion de « structure de contraste » permet en ce sens d'aller plus loin que l'identification du caractère contextuel des manifestations de la folie. Il ne s'agit pas uniquement à travers cette notion de montrer que la pratique de *ne pas reconnaître quelqu'un* n'est pas pathologique en soi, mais uniquement dans certains contextes particuliers. Le contraste qui structure le diagnostic n'est en effet pas qu'objectif et mécanique.

Puisque le destinataire partage *a priori* le sens commun sous-jacent à la structure de contraste mise en œuvre, il ne peut *a priori* qu'arriver aux mêmes conclusions que celle que l'énonciateur veut lui faire adopter. On le voit bien dans cet extrait de requête pour l'hospitalisation d'un Bruxellois d'une cinquantaine d'années, qui exprime « l'évolution très préoccupante de son état de santé mentale » à partir de la manière qu'il a de faire face à un contexte problématique du point de vue de la location de son appartement.

> Depuis plus de 3 semaines, il refuse tout contact avec sa compagne et ses proches. M. Deblois se sauve lorsqu'il les voit dans la rue et/ou devient verbalement agressif. Alors qu'il devrait se préoccuper de la location de son appartement, il ne m'a pas téléphoné et n'a pas répondu à aucun de mes appels. Ne pouvant poursuivre la location de cet appartement, j'ai pris la peine de déposer chez lui, à St Josse, le mercredi 13 mai, une lettre l'informant que la location prendrait fin le 23 mai et lui demandant de prendre contact avec moi, le plus rapidement possible, afin d'envisager la suite. M. Deblois ne s'est pas manifesté. (818 AL 3020)

L'attitude *normale* face à la menace d'une expulsion locative serait de s'en *préoccuper*, de se *manifester* pour montrer une compétence *normale*. C'est parce qu'il ne le fait pas, alors que *n'importe qui* le ferait, que la santé de M. Deblois est considérée comme « préoccupante ». Cette mise en contraste est un accomplissement des « autres » du malade, qui lorsqu'exposés à certains faits de conduite ou de communication, travaillent à (donner à) voir leur caractère *objectivement* incongru au regard du contexte, mais aussi à occulter les bonnes raisons potentielles de la

personne diagnostiquée par une mise en récit *ad hoc*. Elle relève donc certes de leur capacité à montrer le caractère *objectivement* incongru des conduites au regard du contexte, mais aussi à occulter les bonnes raisons potentielles de la personne diagnostiquée par une mise en récit *ad hoc*, c'est-à-dire que les formes de justification ou d'excuse qui permettrait d'atténuer l'incongruité de ces conduites conventionnellement jugées étranges.

Récit contre récit, la personne requérante risque de s'opposer à la personne fauteuse de trouble. Il s'agit donc pour la première de montrer ce qui permet d'inférer la maladie mentale, mais aussi de *verrouiller* cette interprétation, face aux possibilités toujours présentes d'une réinterprétation, notamment à travers des activités réparatrices. Par-là, la personne requérante s'assure la *possession* du problème dont elle ne peut être aliénée par les manœuvres réparatrices, principalement les justifications ou les excuses, de la personne fauteuse de trouble. La structure de contraste constitue un barrage contre les déplacements sémiotiques, elle enferme le signe dans un mode de signification, désormais *sous verrou*.

Ainsi, cet extrait de requête, dans lequel le requérant, le père du fauteur de trouble, désamorce par avance la possibilité d'une justification éthylique. Il souligne en effet que son fils, alors qu'il « délirait à propos de Dieu, du diable et des extra-terrestres », « qu'il était très nerveux» et « qu'il cherchait la bagarre avec tout le monde », n'avait pourtant « apparemment pas beaucoup bu (deux bières blondes et une Gordon) ». Son comportement « tellement inattendu et menaçant » ne pouvait donc être expliqué par

une prise abusive d'alcool ou un état d'ébriété (954 AL 0721) — contexte pourtant commode s'il en est pour expliquer des propos abscons sur les extra-terrestres ou une certaine agressivité. La valeur référentielle des faits établis est en ce sens verrouillée par avance, empêchant toute justification de la part du fauteur de trouble.

De même, cet extrait d'une requête déposée auprès du parquet par un père, pour son fils. Rapportant une visite à son appartement, il écrit : « Ma fille aînée Justine qui est la demi-sœur de Baptiste et son compagnon se sont rendus chez lui hier soir. Je précise qu'ils ont toujours eu d'excellents rapports. Ils ont dû insister pour que Baptiste leur ouvre la porte et les éjecte aussitôt en criant sous prétexte que s'il ne répondait pas c'est qu'il était occupé et que d'ailleurs il était chez lui avec des femmes » (918 AL 0621). On le voit, c'est par la mise en lumière du contraste entre un contexte relationnel, marqué par « d'excellents rapports », et un fait particulier, le refus d'accueillir ces personnes dans son appartement, que l'hypothèse d'un comportement étrange, inadéquat, et donc vraisemblablement *symptomatique*, est montrée, mais aussi verrouillée.

Cette tension entre des propositions explicitement inconciliables n'est cependant pas la seule manière de configurer le trouble à partir d'une structure de contraste. Il semble que l'usage, très fréquent, de formes verbales particulières pour rendre compte des comportements du fauteur de trouble participe également de cela. Ainsi, l'usage massif de formes verbales de modalisation pour caractériser les schémas interprétatifs mobilisés par le

fauteur de trouble pour rendre compte de sa situation et de sa réalité. De fait, le fauteur de trouble « croit », « pense », « ressent » ; là sont d'une manière générale ses manières de rendre compte de la réalité et de ce qui constitue bien souvent pour lui aussi un trouble[307]. À l'inverse, comme je l'ai souligné dans la section précédente, les requérants tendent plus à « constater » ou à « remarquer ». Dans le même sens, l'usage du conditionnel épistémique de reprise tend à sous-entendre un contexte de contraste, autre que celui à partir duquel le fauteur de trouble peut justifier ses actes.

6.4.2.2. Structure de cumulativité

À l'analyse, on remarque une autre structure type de configuration des troubles en un problème psychiatrique. Il s'agit ici d'opérer par la cumulation d'indices, parfois minimes, dont la somme constitue un tableau signifiant. La multiplication et/ou la répétition de *petits* gestes, de faits minimes, mène à devoir opérer « le saut instinctif, perceptuel permettant au sujet de deviner une origine » (Harrowitz, 2015, p. 208). On retrouve le modèle épistémologique particulier présenté par Ginzburg (1980) dans son étude sur le *paradigme indiciaire*, selon lequel l'examen et la mise en série « des détails apparemment négligeables pouvaient révéler des phénomènes profonds » (p. 30). La configuration du trouble est alors plutôt de type *aphoristique* ou *pointilliste*, l'hypothèse

[307] Sur cette question, voir notamment Lézé (2008).

englobante émergeant de la mise côte à côte d'une série d'indices faiblement signifiants en eux-mêmes[308].

L'amoncellement de petits faits, tous relativement insignifiants par eux-mêmes, permet de (dé)montrer le problème. Si l'on prend cette question par l'autre bout, la démonstration d'une hypothèse peut se faire par la compilation d'une série de petits éléments factuels. Bien sûr, l'hypothèse générale colore la valeur référentielle que l'on pourra donner aux faits, qui en retour, confirment l'hypothèse générale. Il s'agit d'un procédé littéraire très répandu. Voyons en ce sens comme S. Bellow, dans *La planète de Mr. Sammler*, décrit le personnage de Shula, qui est « par trop bizarre[309] » voire « à l'évidence cinglée » :

---

[308] Cette hypothèse apparaît alors comme le résultat de ce que Peirce appellait un « modelage spéculatif ». Il en donne un bel exemple, bien que pénétré de misogynie, cité par Max Caisson (1995) : « Les omnibus sont de fameux ateliers pour un modelage spéculatif. Retenu là-dedans, sans autre occupation, on se met à scruter les gens assis en face, et à élaborer pour eux des biographies adéquates. Je vois une femme d'une quarantaine d'années. Sa mine est si sinistre qu'on en trouverait difficilement de telles sur un millier de personnes, jusqu'à côtoyer l'aliénation mentale, avec cependant une grimace d'amabilité que peu de gens, même de son sexe, auraient suffisamment d'entraînement pour la produire sur commande — avec en plus ces deux affreuses rides, à droite et à gauche des lèvres serrées, qui racontent des années de sévère discipline. Il y a là une expression de servilité et d'hypocrisie, trop abjecte pour être celle d'une domestique ; tandis qu'une certaine forme d'éducation, basse, mais non tout à fait vulgaire, en même temps qu'une façon de s'habiller dénotant un goût ni grossier ni tapageur, mais toutefois non plus sans aucune élévation, laissent voir la fréquentation de quelque chose de supérieur, au-delà du simple contact d'une bonne avec sa patronne. L'ensemble, bien que non évident au premier coup d'œil, se révèle très inhabituel après un examen attentif. C'est un cas qui, d'après notre théorie, demande une explication ; et je n'ai pas tardé à deviner qu'il s'agissait d'une ancienne religieuse. »

[309] Dans la version originale, Saul Bellow écrit « *she had too many oddities* », c'est-à-dire « elle présentait trop de bizarreries », ce qui va bien dans le sens de la démonstration d'un problème par l'amoncellement de petits faits.

> Son vieux père la trouvait par trop bizarre. Elle accumulait passionnément les objets. En d'autres termes, c'était une pilleuse de poubelles. Plus d'une fois, il l'avait surprise dans Broadway à fouiller les poubelles (les boîtes à ordures comme il les appelait). Elle n'était pas vieille, pas vilaine, même pas mal habillée si on prenait chaque vêtement séparément. N'eût-elle pas été à l'évidence cinglée, l'effet d'ensemble n'aurai été que vulgaire. (…) Ses vrais cheveux étaient très légèrement bouclés, très légèrement rebelles. Ce qui la mettait en rage. Elle hurlait qu'ils étaient trop fins, trop masculins. (…) Depuis leur racines plantées en V en suivant un trait lumineux imaginaire qui menait jusqu'au nez, joli à l'origine mais déformé par les tics, en passant par les ridicules commentaires prononcés par les lèvres (gonflées, peintes en rouge foncé) (…) Tandis qu'elle, avec ses grands yeux intelligents de folle, son visage animé de réflexions muettes, la peau plissée de concentration, elle demeurait assise, la jupe remontée sur ses cuisses et, entre les genoux, son sac à provisions rempli de butin, objets récupérés, coupons et prospectus divers. Ensuite, elle était toujours la première à poser des questions. (…) Toujours lourde de commentaires, la bouche complétait les prémisses énoncées par les yeux sombres convergents selon un angle insensé. Peut-être pas entièrement folle. N'empêche qu'elle pouvait rentrer en racontant qu'elle avait été renversée dans Central Park par des policiers à cheval qui essayaient de capturer un cerf échappé du zoo, alors qu'elle était absorbée dans la lecture d'un article de *Look*. Elle était néanmoins d'un caractère plutôt enjoué. Bien trop enjoué pour Sammler. La nuit, elle tapait à la machine. Elle chantait devant son clavier.

Une série de détails et d'indices permettent d'arriver à faire de Shula un étalon de la folie, à partir duquel le narrateur

juge « son mari aussi cinglé qu'elle ». On le voit, la qualification générale repose ici sur l'amoncellement d'une série de détails factuels, dont aucun n'est en réalité signifiant *en soi*. Ce sont ces détails qui, souvent par leur cumulation, font un « comportement inadéquat à la situation ». La diversité des indices mobilisés dans ces diagnostics profanes ne peut être ramenée à des classes définies de comportements. Les manifestations qui servent de support à ce type de diagnostic sont virtuellement infinies du point de vue de leur contenu — j'en ai montré l'étendue. De l'énumération d'une série d'éléments isolés, et peu signifiants en soi, émerge un récit de conduites *psychiatrisables*, et même plus profondément intégrables dans le cadre de la procédure d'hospitalisation contrainte. Ainsi, cette requête d'une mère pour son fils :

> Par la présente, je souhaite déclarer que mon fils n'est pas capable d'habiter seul, car suite à ses paranoïas :
>
> - Il lui arrive de ne pas se nourrir et de boire pendant plusieurs jours. Je suis obligée de contrôler ce qu'il mange et de le forcer/lui rappeler
> - Il lui arrive de se changer et de prendre plus de 10 douches par jour. Il refuse de reporter les mêmes vêtements et il faut nettoyer ses vêtements.
> - Lorsque quelque chose tombe par terre, il refuse de s'accroupir pour la ramasser
> - Il lui arrive de ne pas dormir pendant plusieurs nuits et de marcher toute la nuit dans l'appartement
> - Il ne regarde pas la télévision et n'écoute pas la radio. Il a un GSM, mais ne l'utilise pas.

- Quand je m'adresse à lui, je suis obligée de le regarder dans les yeux et je dois répéter plusieurs fois afin qu'il comprenne ce que je lui dis
- Il arrive qu'il sorte fumer une cigarette en bas de l'immeuble, lorsqu'il revient, il laisse la porte d'entrée ouverte…
- Je suis dans l'obligation de débrancher la cuisinière quand je ne suis pas là ou la nuit, car Vladislav est capable de tenter de se cuisiner quelque chose et oublier d'éteindre la cuisinière ou de surveiller son plat
- Il ne parle avec personne, n'entretient aucun contact, il n'a aucun contact social.
- Il ne fait que répéter qu'il est bien, pas malade et n'a pas besoin d'aide
- Lorsque je dois sortir de chez moi, j'angoisse, car je ne sais jamais à quoi m'attendre à mon retour (804 AL 0220)

L'hypothèse conjecturale est celle que le fils « n'est plus capable d'habiter seul ». Une telle proposition demande à être démontrée, puisque son fils est réputé possesseur de ses problèmes, c'est-à-dire qu'il détient le pouvoir de définir, en cette matière, ce qui est problématique et ce qui ne l'est pas. Afin de renverser le cadre normatif, sa mère présente une liste de faits supposés en être la preuve. Auparavant, un certain *mode d'emploi* (« suite à ses paranoïas ») a été livré qui permet l'orientation de l'interprétation de l'ensemble de ces faits. C'est ainsi que des faits minimes, et dont la valeur référentielle est faible, relative et plurivoque, tel que « il arrive qu'il sorte fumer

une cigarette en bas de l'immeuble, lorsqu'il revient, il laisse la porte d'entrée ouverte » ou « il ne regarde pas la télévision et n'écoute pas la radio » peuvent trouver sens. Il s'agit d'une opération d'identification et de catégorisation « à travers une série de perceptions rapides, liées ensemble par une hypothèse » (Sebeok, Umiker-Sebeok, 2015, p. 60).

6.4.3. Évoquer la dangerosité

La loi du 26 juin 1990, qui organise la mesure de la mise en observation, pose que de telles actions à l'égard d'une personne malade mentale ne peuvent être prises « que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui[310] ». La question de la dangerosité est donc cruciale dans la requête de mise en observation. On remarque diverses manières de l'évoquer dans les requêtes, essentiellement à partir d'une caractérisation de sa destination :

(3) destination dominante	
du danger évoqué :	pour soi
	pour autrui
	pour soi et pour autrui
	pas réellement de danger évoqué

[310] Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, art. 2.

Dans notre corpus, un cinquième des requêtes ne mentionne pas l'existence d'un danger, une proportion légèrement supérieure de requêtes dans lesquelles sont évoqué une dangerosité à destination de la personne fauteuse de trouble et de son environnement, une dangerosité pour soi et pour autrui. 27 % des requêtes de notre corpus n'évoquent qu'une dangerosité pour autrui, c'est-à-dire pour les « autres » du malade ou pour la société en général. Enfin, 31 % des requêtes de notre corpus évoquent une dangerosité strictement dirigée vers la personne fauteuse de trouble, une dangerosité pour soi.

6.4.3.1. Dangerosité pour soi

La dangerosité pour soi est évoquée de diverses manières. Elle peut soit être évoquée à travers la description de faits ou d'évènements de dangerosité, soit dans des qualifications plus générales. Certains requérants tendent à décrire des évènements dangereux, mobilisés comme autant de preuve d'une dangerosité qui n'est parfois même pas évoquée explicitement. On trouvera ainsi des requêtes qui insistent sur des faits précis et particuliers de dangerosité pour soi, souvent présentés sous des formes listées. Ainsi, on insistera sur le fait que la personne fauteuse de trouble a tendance à « oublier d'éteindre la cuisinière ou de surveiller son plat » (804 AL 0220), que lors de ses crises, elle « dévie le circuit électrique de l'immeuble » (927 AL 0421) ou qu'elle a « fait une tentative de suicide en essayant de se couper la gorge » (818 AL 0320). D'autres requérants se contentent d'une qualification en dangerosité. Ainsi, cette requête d'une sœur pour son frère : « mon frère souffre d'une

dépression. C'est un cas urgent j'ai tout fait pour qu'il puisse accepter de se faire soigner, mais il a refusé. Cette maladie met gravement en péril sa santé, sa sécurité, et elle constitue une menace grave pour la vie. » (910 AL 0721).

Cependant, *description de la dangerosité* et *qualification en dangerosité*, si elles constituent les termes d'une distinction utile sur un plan analytique, ne sont bien entendu pas exclusives entre elles. Dans une relation de renforcement mutuel, description factuelle et qualification générale coexistent donc dans les manières d'évoquer la dangerosité. Ainsi, l'avocate d'une requérante peut par exemple décrire les dimensions dangereuses des pratiques d'une personne fauteuse de trouble, les listant. Elle souligne en ce sens le fait que « Madame LAJD est régulièrement escortée par la police parce qu'elle dort sur la voie publique et notamment dans des lieux dangereux (sur les rails de tram) », qu'« elle mange des biens qui ne sont pas destinés à la consommation humaine (papier) », qu'« elle s'est récemment brûlée en mettant un produit chimique sur son corps » et « elle a de sérieuses pertes de sang (apparemment d'origine gynécologique) et refuse tout soin ». Cette liste descriptive des comportements de la personne fauteuse de trouble débouche à la fin sur une qualification en dangerosité pour soi : « Pour ces raisons, mes clientes me demandent de faire placer Madame MAJD en observation attendu qu'elle est clairement un danger pour elle-même et refuse catégoriquement de se faire soigner » (921 AL 0621).

Il convient de distinguer, à partir de l'analyse du corpus, deux *sources* distinctes de la dangerosité pour soi : la personne elle-même ou son environnement. On distinguera alors les risques personnels de dangerosité des risques environnementaux. Les risques personnels de dangerosité tiennent aux conduites conscientes et actives des personnes contre elles-mêmes. Ces risques personnels de dangerosité concernent donc essentiellement les comportements d'autoagressivité et de suicidalité. Les requérants mentionnent le fait que leur proche « se porte des coups à lui-même lorsqu'il est en crise » (773 AL 0418) ou qu'elle a « pensées suicidaires » ayant d'ailleurs « déjà fait 2 tentatives de suicide et c'est une personne qui se mutile lorsqu'elle ne se sent pas bien. » (947 AL 0821).

À l'inverse, les risques environnementaux de dangerosité consistent en l'ensemble des menaces *extérieures* qui pèsent sur la personne fauteuse de trouble, contre lesquelles elle n'est pas censée être capable de se prémunir en raison de son état de santé présumé. La dangerosité évoquée est alors de nature plus indirecte, émergeant de l'articulation entre l'environnement et la vulnérabilité de la personne. Soit par exemple cette requête d'une sœur pour son frère, d'après elle « schizophrène depuis +/— 20 ans », dont les « délires de persécution », les « idées de grandeurs » et le fait qu'il « a subitement quitté son domicile » inquiète sa famille. La requérante écrit : « 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, qu'il perde tout contact avec la réalité, avec sa famille » (869 AL 0418). L'évocation de ces risques

environnementaux repose sur la supposition d'un état de santé qui provoquerait une vulnérabilité accrue, une influençabilité, un manque d'autonomie, une incapacité à se défendre ou un jugement altéré chez la personne. Le danger qu'elle court, que sa maladie mentale lui fait courir, relève de la difficulté à s'insérer dans le monde avec certaines ressources diminuées. Ce n'est alors pas tant le comportement actif de la personne fauteuse de trouble qui est dangereux que la situation dans laquelle son état de santé mentale.

La dimension « environnementale » de la dangerosité n'est pas sans rappeler les questions et enjeux soulevés par la littérature sur le « modèle environnemental » du handicap et les débats sur la notion d'« inclusion sociale »[311]. Néanmoins, il est intéressant de noter que si le modèle environnemental du handicap en permettait la *politisation*, c'est-à-dire la réflexion et la lutte pour une transformation des conditions sociales et collectives, ce ne peut être le cas dans le cadre d'un tel dispositif. Seule marge de manœuvre laissée aux personnes, l'hospitalisation contrainte et le soin qui peut s'y déployer sont demandés pour protéger la personne de dangers extérieurs qui peuvent être liées aux conditions du milieu de vie, aux réactions de ses membres ou à des contextes politiques plus larges. Ainsi, tout d'abord, une protection de la personne peut être demandée parce qu'elle est exposée à des dangers du fait qu'elle « dort toujours dans la rue » et que « ces derniers jours il fait très froid » (966 AL 052) ou que l'état

[311] On se référera sur ces questions à Printz (2019).

d'insalubrité de son logement, dû au « grand nombre de poubelles non retirées, cuisine crasseuse, chambre composée de matelas à même le sol et linge souillé épars, etc. » met sa santé en danger (813 AL 1019). En second lieu, les risques environnementaux peuvent provenir des réactions des membres dans le milieu de vie. Certains requérants expriment des inquiétudes relatives au fait que « les nombreuses plaintes du voisinage ont un risque que madame Fiziva soit expulsée du logement social qu'elle occupe actuellement. » (807 AL 0616), que « nerveux, il a dû faire une queue de poisson sur sa route, ensuite on est venu vandaliser sa voiture devant chez lui au point qu'elle a été déclarée sinistre total » (927 AL 0421) ou que « ses voisins à Anderlecht l'auraient menacé (de mort) dû au fait qu'il ramène des personnes de dehors en se droguant » (938 AL 0321). Enfin, certains risques tiennent plus à l'environnement institutionnel et politique : la mise en danger de la personne fauteuse de trouble est alors imputée à l'action, ou plutôt l'inaction, d'agences officielles. En ce sens, la dangerosité peut parfois être éloignée des effets directs de l'état de la personne, comme dans ce cas où le risque évoqué est celui de maltraitances au Sénégal pour une personne en situation illégale en Belgique. L'avocate de la mère, qui « [sollicite] d'urgence la mise en observation de sa fille, Madame Inaya DIOP, au sein d'un service psychiatrique » parce que « son état de santé mentale est extrêmement inquiétant, ce qui la rend particulièrement vulnérable ». L'avocate souligne que la « jeune femme sans repères et vulnérable a […] besoin urgemment de soins médicaux appropriés », en particulier

en raison du fait qu'elle « ne bénéficie actuellement d'aucun titre de séjour en Belgique ni d'aucun document d'identité émanant de son pays d'origine en cours de validité. » Celle-ci « ne dispose que de son passeport national dont la date de validité est expirée ». Sa mère a « pourtant obtenu la nationalité belge », ainsi que ses frères et sœurs qui ont aussi « obtenu un titre de séjour en qualité d'enfants à charge de Madame NDIAYE ». L'avocate souligne que « Madame DIOP a les mêmes droits que ses frères et sœurs », de ce fait elle « pourrait obtenir un titre de séjour qui pourrait la protéger d'une expulsion au Sénégal ». Cependant, en raison de son état, elle aurait été jusqu'ici « incapable d'effectuer les démarches nécessaires ». L'urgence de la prise en charge et du soin est alors accrue du fait des risques liés à l'éventualité qu'elle soit « renvoyée dans son pays d'origine, le Sénégal, qu'elle a quitté depuis bientôt 10 ans, après une potentielle détention en centre fermé. » Comme le souligne l'avocate, « le père décédé de Madame Inaya DIOP était membre d'une famille maraboutique qui s'adonne à des pratiques dangereuses à l'égard des personnes malades, et en particulier des personnes qui présentent des difficultés ou des particularités sur le plan psychologique, psychiatrique ou neurologique, comme c'est le cas de Madame DIOP ». Elle conclut alors : « Madame Inaya DIOP risque dès lors de subir de mauvais traitements à cause de son état de santé mentale, si elle est arrêtée et renvoyée vers son pays d'origine, ce que craint fortement sa mère. »

Autre exemple, cette lettre adressée au parquet dans laquelle le requérant est un cousin de la personne fauteuse de trouble, qui « souffre d'un problème psychiatrique depuis de nombreuses années ». Sa mise en danger tient essentiellement à la combinaison de son état, qu'il semble le pousser à l'errance et au sans-abrisme notamment, avec la saturation des structures bruxelloises de prise en charge.

> Monsieur qui était de sortie avec l'hôpital afin d'acheter quelque chose est parti et n'a plus voulu aller à l'hôpital. Cette décision nous l'avons respecté moi ainsi que le reste de la famille à condition que monsieur fasse un effort et qu'il continue de prendre ses médicaments et qu'il soit suivi par un médecin. Monsieur nous a promis de tenir la promesse, mais malheureusement nous constatons qu'il ne prend pas ces médicaments et qu'il dort toujours dans la rue.
>
> En conséquence, il est exposé sans cesse à des dangers. Par exemple, la vague de froid qu'il y a eu au mois de janvier et février monsieur l'a passé dans la rue. Nous avons contacté le Samu social, mais il ne pouvait pas être accueilli chez eux, ils l'ont amené une nuit à la garde psychiatrique à l'hôpital Brugmann, mais il a été lâché le lendemain matin. Ensuite nous avons contacté l'équipe « précarité 107 », mais ils ont as pu intervenir non plus, car lors de leur passage à l'endroit où monsieur dort ils ne l'ont pas trouvé. (966 AL 0521)

Cet extrait, un peu long, me permet de pointer le caractère déterminant de l'absence de soins ou de médication dans l'évocation de la dangerosité pour soi. En effet, l'absence d'alternative de soins, en dehors de la contrainte, est souvent pointée par les proches comme un facteur

d'accroissement des risques. C'est ce qui est exprimé ici par exemple : « étant donné qu'aucune mesure n'a pu être prise jusqu'à ce jour, Laurent se trouve aujourd'hui dans une situation qui le met fortement en danger » (818 AL 0320). Le rapport problématique aux soins est toujours pointé comme aggravateur des risques, qu'ils soient personnels ou environnementaux.

6.4.3.2. Dangerosité pour autrui

Quand il s'agit d'évoquer la dangerosité pour autrui, les rédacteurs peuvent également avoir recours soit à des formes descriptives particulières, soit à des modalités plus générales de qualification en dangerosité. Les premières reposent sur la description d'évènements et de faits de violence, d'agressivité ou de menace, soit d'occurrence unique, soit récurrents.

L'évocation du cas unique repose typiquement sur le récit d'un évènement particulier, dépassant les limites de l'acceptable et du tolérable dans le milieu de vie, en tout cas telles que définies par le requérant. La requête est décrite comme une réaction au fait de violence *de trop*, à *la goutte d'eau qui fait déborder le vase* familial. Ainsi, ce requérant qui décrit une scène de violence matinale perpétrée par son frère au domicile familial le jour même : « Ce matin, le 23/3 à 7 h, mon frère s'est rendu au domicile de ma mère où il a commencé à taper sur la porte en criant. Ma mère lui a refusé l'entrée et c'est là qu'il a commencé à être violent et agressif. Il a continué à taper sur la porte afin d'essayer d'entrer par la force, mais sans succès. » Il résume le contexte de sa requête comme suit : « suite à

notre entretien téléphonique de cet après-midi [avec le parquet], je vous envoie ci-dessous une requête concernant le cas urgent de mon frère » (938 AL 0321). Il semble ici que cet évènement soit considéré par les requérants comme le dépassement de seuil du tolérable et montre à quel point la situation est « alarmante ». Ce type de requête s'articule donc à la présentation d'un évènement éruptif de dangerosité ou de menace pour autrui, dépassant le seuil d'acceptabilité dans le milieu de vie.

D'autres requêtes rendent compte d'une dangerosité plus quotidienne, inscrite plus durablement dans l'expérience domestique. Ainsi, cette requête d'une famille, à propos d'un homme d'une trentaine d'années, qui souffrirait de « schizophrénie hébéphrénique grave ». Après avoir rappelé son passé psychiatrique, fait notamment de « 5 hospitalisations », ils décrivent l'expérience domestique troublée et marquée par le sentiment de n'être « pas en sécurité » : « Il profère à chaque instant des menaces d'agression physique, des insultes gravissimes. Il porte atteinte à mes sœurs en présence de leurs enfants en bas âge. Il perturbe les réunions familiales, il défonce les portes de ses frères qui sont fermées à clé pour éviter son agressivité. » (862 AL 1112). Les requérants rendent compte de la constance quotidienne de la dangerosité de plusieurs manières. Celle-ci peut être décrite comme une menace constante, perceptible à travers des signes plus ou moins explicite, comme le fait que la personne fauteuse de trouble « porte toujours des armes blanches avec lui » (937 AL 0221) ou qu'elle profère des « menaces constantes sur

sa maman et son compagnon » (923 AL 0621). Elle peut également l'être à partir d'une référence à des actes passés de passage à l'acte, comme lorsque l'avocate d'une requérante rappelle que sa fille « a causé un incendie dans son ancienne habitation » (921 AL 0621) ou que cette mère exprime, à propos de son fils qui vit chez elle : « J'ai peur d'un passage à l'acte à mon égard ou à l'égard d'un tiers. Il a malheureusement déjà blessé une personne par le passé. » (084 AL 0220). Dans ces derniers cas, la dangerosité est décrite comme plus inscrite dans l'expérience quotidienne, non pas tant éruptive comme dans les cas précédents. La dangerosité du proche est une composante qui colore l'ensemble de l'expérience domestique, sous des modalités de crainte, de peur et d'angoisse.

Il est intéressant en ce sens de noter que ces manières de rapporter la dangerosité de la personne fauteuse de trouble impliquent l'expression d'affects et d'émotions de la part des rédacteurs. En effet, le compte-rendu de la dangerosité pour autrui se fait souvent à partir de l'expression des affects particuliers qu'elle génère chez les personnes exposées (peur, angoisse, crainte, insécurité).

Le jugement à portée plus générale peut prendre des formes plus ou moins élaborées, allant d'une qualification de la personne fauteuse de trouble comme « un danger pour la rue et sa famille » (913 AL 0521) jusqu'à des formes plus sophistiquées, comme lorsque deux frères décrivent le comportement du troisième comme relevant d'un « sadisme psychologique terriblement traumatisant» (813 AL 1019).

De même que c'était le cas pour les manières de dire la dangerosité pour soi, la dangerosité pour autrui peut être caractérisée par des imputations concernant le degré d'intentionnalité. L'exemple typique de la dangerosité pour autrui non intentionnelle est celui des crises clastiques, qui peuvent avoir des effets non désirés dramatiques. Ainsi, ce père qui explique que son fils « a jeté par la fenêtre un petit meuble », insistant, à renfort de ponctuation, sur le fait qu'il « habite au 5e étage !! » (814 AL 0120). De même, cette requête d'une dame au sujet de son voisin de l'étage supérieur qui « s'en prend aux vitres intérieures de son appartement ainsi qu'aux vitres extérieures et celle de la rambarde de son balcon ». Elle explique que des bris de verre tombent sur sa terrasse, ce qui l'oblige à garder son chien à l'intérieur de son appartement « de peur qu'il se coupe ». En outre, le risque que certains bouts de verre tombent du balcon « pour se retrouver sur quelqu'un 28 mètres en dessous » lui fait « peur pour la sécurité de tous les habitants de ce building, car personne n'est en sécurité ». Elle conclut sa requête en écrivant : « je ne voudrais pas un jour dire "je l'avais dit" si un drame se passe » (868 AL 0318). D'autres types de dangerosité sont plus directement imputés à la volonté et l'intentionnalité de la personne fauteuse de trouble.

6.4.3.3. Dangerosité pour soi et pour autrui

Dans notre corpus, 22 % des requêtes rendent compte d'une dangerosité de la personne fauteuse de trouble pour soi et pour autrui. Cette destination double du danger relève de la combinaison de la dangerosité pour soi et de

la dangerosité pour autrui, évoquée dans les deux sections précédentes. Les formes sont plus ou moins assertives, incluant l'appréciation subjective et des dimensions affectuelles dans des mesures variables.

Ainsi, dans certaines requêtes, le rédacteur conclue que la personne fauteuse de trouble « est un danger public, mais aussi un danger pour lui-même » (967 AL 0421). Les manières de rendre compte de cette objectivité du danger passent par l'usage de verbes d'état, tels que « représenter un danger », « être un danger », « présenter un danger ». Celles-ci sont renforcées par l'usage de formes constatives (« nous constatons que », « au vu du fait que », « cela met en évidence », etc.), et d'adverbes d'intensité et de réalisation.

À l'inverse, d'autres laissent place à des formules plus prudentes, plus marquées par des anticipations, des expressions affectuelles et des inférences indiciaires : « nous craignons une atteinte à sa propre personne ou de la violence vis-à-vis d'autrui » (803 AL 0220), « j'estime que mon cousin est en danger et qu'il peut également constituer un danger pour les autres citoyens. » (966 AL 0521) ou encore « ses propos lors de crise ou même aujourd'hui lors des rares discussions que nous pouvons encore avoir avec lui, nous font penser qu'il devient dangereux pour lui-même et pour les autres (il parle d'acheter des armes, du fait quelqu'un doit mourir s'il ne reçoit pas ceci ou cela). » (915 AL 0321).

6.5. Requérir une intervention : impliquer des attentes normatives

Le trouble a donc été rapporté sous une forme narrative qui articule des propositions factuelles et des interprétations de celles-ci. L'acte de requérir ne repose néanmoins pas sur ces uniques opérations *cognitives*. Il s'agit en effet, c'est là le principe de la requête, de demander une forme d'intervention, en l'inscrivant dans des horizons normatifs, d'impliquer une responsabilité de faire. L'inscription normative des énoncés repose tout d'abord sur des dimensions expressives et revendicatives. C'est ce que j'ai analysé à partir des axes d'analyse de la « tonalité » et du « motif » de la requête.

6.5.1. Tonalité

La notion de « tonalité » définit les modalités expressives dominantes d'un texte, c'est-à-dire les informations rendues disponibles en dehors des contenus directement partagés. La tonalité des requêtes peut être classée selon quatre modalités.

(5) tonalité de la requête : dégagement, objectivité
prière, supplique
affects négatifs
inquiétude pour le malade

Par « dégagement », on entend l'absence d'expression de composantes émotionnelles dans l'énonciation, montrant un énonciateur détaché, qui s'en tient *objectivement* aux *faits*. Cette tonalité est dominante dans près de 36 % des

énoncés. Le requérant rend compte du trouble de manière constative, sans faire état des dimensions émotionnelles et affectives de son expérience.

La modalité des « affects négatifs » permet de classer les énonciations caractérisées par l'expression d'une classe particulière d'affects et d'émotion, visant à rendre compte du caractère négatif de l'expérience de l'énonciateur. L'expression de l'épuisement, l'étouffement ou l'exaspération de l'énonciateur ou des proches sont par exemple présents dans de nombreuses requêtes. Au sein de notre corpus, 20 % des énoncés peuvent être caractérisés comme relevant principalement de cette modalité. Ils mettent en jeu souvent un caractère plus vindicatif, prenant à partie le destinataire de la lettre, exprimant une certaine amertume à l'égard de la situation et un certain ressentiment vis-à-vis des institutions.

Cet extrait de requête (867 AL 0218) semble exprimer une palette large d'affects négatifs liés au maintien à domicile, autant qu'à l'(in) action des agences :

> Nous nous sentons impuissants, car nous donnons tout ce qu'on peut pour l'aider. C'est moi qui paie son loyer, ma sœur et ma mère lui paient sa nourriture. Nous lui offrons tout le soutien financier ou moral qu'on peut, mais nous nous sentons délaissés par les autorités et le corps médical. La justice de paix avait ordonné une mise en observation de 40 jours, mais après 20 jours, elle était déjà dehors. Nous ne savons plus quoi faire.

À l'inverse, la « prière » ou « supplique » modalise un tout autre rapport au destinataire, marqué plutôt par un « appel explicite aux sentiments de pitié » (Fassin, 2000, p. 968).

Cette tonalité s'inscrit alors plutôt dans des logiques de charité, implorant l'intervention des agences (à l'inverse de la tonalité précédente, très marquée par un renvoi des agences à leurs responsabilités). L'insistance est mise sur la dimension pathique :

> Nous vous conjurons Monsieur de nous aider dans cette requête afin de premièrement sauver notre père qui ne cesse de s'auto-infliger des scarifications sur les membres de son corps, de détruire son cerveau chaque jour de plus en plus, mais aussi à reconstruire toute une famille attristée et brisée. (942 AL 0521)

Il s'agit souvent dans ce cas d'atténuer la responsabilité du fauteur de trouble, afin de le rendre *désirable* aux yeux des agences, de le présenter comme un *bon malade*. La requête qui suit (824 AL 0720) en est un exemple paradigmatique :

> Monsieur aidez-nous S'IL VOUS PLAÎT, mon Frère est gravement malade c'est depuis longtemps et dernièrement il avait souvent les maux de tête violents, il oublie beaucoup, il se sent menacé/les gens qui viennent le tuer,…
>
> Lui ne sait pas qu'il est malade !! C'est nous son entourage qui voit tout cela, Mr BOUCHAT son assistant social peut vous expliquer.
>
> Monsieur S.V.P. aidez votre ancien collègue (notre papa ancien magistrat au Rwanda, il était premier substitut du Procureur, il a travaillé dans la magistrature pendant 30 ans jusqu'en 1994n pendant la guerre du Rwanda. Il a travaillé seulement dans la magistrature. Il aimait beaucoup ce métier qui aide beaucoup des gens. Et ses trois fils, tous ont étudié le droit, y compris Patrick MUSANZEGO.

> Patrick a besoin d'être hospitalisé longtemps possible, qu'il prenne ses médicaments sous la surveillance. Pour le moment il a tout perdu, il vit dans la rue à cause de ses problèmes mentaux ; il est sans abri, comment il va prendre ses médicaments ???
>
> FAITES QUELQUE CHOSE SVP
> DIEU VOUS EN RÉCOMPENSERA
> DIEU VOUS BÉNIT

En ce sens, une dimension très liée à cette tonalité est celle 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. Cette modalité représente 14 % des énoncés de notre corpus.

Enfin, la tonalité « inquiète » repose sur la mise en avant d'une posture empathique. L'expression des composantes émotionnelles de l'expérience du proche est avant tout un vecteur de mise en lumière des dangers ou des risques qu'encoure la personne fauteuse de trouble. Dans 25 % des énoncés, cette tonalité expressive est présente de manière dominante. Ainsi, cette requête d'une Bruxelloise qui vit « seule depuis toujours » avec son fils. Elle poursuit en expliquant que « [son] état physique et psychique est selon [elle] dégradé et [l'] inquiète ». Enfin, après avoir listé l'ensemble des manifestations du trouble de son fils, elle clôture sa lettre sur une expression de son inquiétude, tentant d'attirer l'attention du lecteur, à partir de sa posture empathique, sur ce qu'il adviendrait si elle ne pouvait plus assurer les tâches associées au maintien à domicile de son fils :

> Rien que cette année, j'ai été hospitalisée plusieurs fois pour divers problèmes de santé. J'ai entre autres beaucoup de vertiges, et je ne suis plus capable de faire beaucoup de choses pour l'entretien de l'appartement, car j'ai beaucoup de médicaments à prendre. J'ai une boule au ventre de savoir ce que va devenir Vladislav s'il m'arrive quelque chose si je suis hospitalisée. (804 AL 0220)

6.5.2. Motif de la requête

Il est également possible de classer les demandes d'hospitalisation selon le motif exprimé par les requérants. Le motif décrit la raison principale de la demande d'une intervention. À l'analyse, trois motifs permettent de classer les requêtes.

(4) motif de la requête : apaisement de la vie quotidienne

sécurité et protection

gestion des biens et des engagements

Bien sûr, de nombreuses demandes d'intervention s'élaborent autour de plusieurs motifs, combinant des attentes diverses. Il est néanmoins possible de classer les requêtes à partir du motif principalement mis en avant par leurs rédacteurs.

Près de 60 % des requêtes sont articulées à une demande de sécurité ou de protection. Ce motif est donc articulé à une volonté *défendre* la vie dans sa dimension corporelle et biologique. Par sécurité, j'entends la défense des corps « autres » que celui de la personne fauteuse de trouble. À l'inverse, la protection désigne une demande d'intervention dirigée vers des actions qui puissent préserver l'intégrité physique et la vie de la personne fauteuse de trouble elle-même.

Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'évocation du danger, sécurité et protection ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Pour une idée de la répartition entre demande de sécurité et demande de protection, on se référera à cette même partie.

L'apaisement de vie quotidienne constitue le motif principal de 33 % des requêtes de notre corpus documentaire. Ici, ce ne sont plus tant les dimensions sécuritaires ou protectionnelles qui sont invoquées en premier lieu que celles touchant à la capacité à mener (à

nouveau) une vie ordinaire pour les requérants. L'intervention est donc demandée au nom de l'incapacité à vivre de manière apaisée en raison de ces troubles *quotidiens, mais extraordinaires*.

Un petit nombre de requêtes est articulé à l'énonciation d'un motif principal de gestion des biens et des engagements, c'est-à-dire de préservation d'un patrimoine financier par exemple :

> Chantale, qui a perçu il y a deux ans maintenant des montants importants dans le cadre de la séparation avec son compagnon, soit de l'ordre de 80 000 €, n'aurait plus rien de cet argent actuellement. Elle ne disposerait plus que des allocations familiales pour assurer sa subsistance et ne réglerait plus les charges liées à son logement depuis plusieurs mois. Le jugement intervenu la condamne d'ailleurs à une somme d'arriérés de 3 244,23 € ! (836 AL 0318)

Ce motif de la gestion des biens et des engagements ne permet cependant de coder que 6 % des requêtes de notre corpus, et n'apparaît jamais comme unique motif de la requête.

6.6. Formes de la requête : formulations d'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 trois *formes élémentaires* de la demande d'hospitalisation contrainte. Celles-ci correspondent à trois « tas » plus ou moins cohérents qui émergent au sein de notre corpus, issus d'un travail d'identification des « significations saillantes et attractives » observables, ainsi

que des « variations, combinaisons et modulations de ces significations » (Demazière, 2013).

Ces formes regroupent 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. 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 de l'« économie des responsabilités » du soin et de la prise en charge, c'est-à-dire essentiellement les modes d'identification des solutions et de distinction des responsabilités entre acteurs privés et acteurs publics.

6.6.1. Forme 1 : une nécessité essentiellement médicale

Cette forme repose d'abord 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 constatés* plutôt que rendus perceptibles par leurs effets sur les personnes (surtout en termes d'affects et d'émotions). Le mode constatif est 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 factualisation de ses manifestations, à travers le compte-rendu 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 constatif : le trouble est présenté comme n'étant lié ni à une position particulière ni à une connaissance spécifique de la situation ou du fauteur de trouble. Cet effacement de l'énonciateur dans cette forme 1 laisse la place à la démonstration des résultats d'une *enquête* médicale[312]. La dimension « polygraphique » de ces requêtes est bien plus faible que dans d'autres formes de requête. Ainsi, la description de l'instance requérante (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 % 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 en majeure partie d'intervenants médicaux, de manière dominante et très supérieure aux autres types de requêtes dans lesquelles sont convoqués plus volontiers des proches, des voisins, des professionnels du contrôle.

[312] 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).

Les requêtes de forme 1 sont accompagnées de documents médicaux dans une proportion très supérieure aux autres types de requêtes : 64,1 % des requêtes de forme 1 sont accompagnées d'un certificat médical recevable dans le cadre de la mesure où au moins d'une attestation par un médecin, à l'inverse pour les autres requêtes, plus de 63,16 % des requêtes 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 rapportées 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 % de ce sous-groupe. Celle-ci concerne la dangerosité que la personne « fauteuse de trouble » fait peser sur elle-même, dans 60,47 % des cas, et/ou celle qu'elle fait peser sur les autres, dans 55,81 % 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 fauteuse de trouble[313].

6.6.2. Forme 2 : aide à la famille en souffrance et allégement 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 peu plus d'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 % des requêtes sont rejetés immédiatement par le parquet, et qu'au final, 45,45 % des requêtes de cette forme ne débouchent pas sur l'activation d'une mesure Nixon. Ce n'était le cas que de 26,47 % 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 très représentée comparativement aux autres formes de requêtes.

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

L'instance requérante est le plus souvent décrite comme étant d'ampleur familiale, dans 50 % des cas, ce qui est largement supérieur à l'occurrence d'une telle description dans la forme 1. Lorsque des personnes extérieures à la cellule familiale sont présentées comme soutenant la demande, il s'agit plus souvent de professionnels du contrôle que dans les autres formes.

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 % des requêtes évoquent une dangerosité pour autrui alors qu'à peine 10 % des requêtes évoquent une dangerosité pour soi.

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. On remarque un faible usage de catégories médicales pour problématiser le trouble. Cela tient sans doute également au fait que le trouble est avant tout pensé depuis ses effets sur la famille. Il est alors appréhendé à partir d'un registre de problématisation plus égologique que psychologique.

Dans la forme 2, la requête est généralement inscrite dans l'historique des mesures passées, de leurs échecs, mais aussi 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. Ainsi, cet extrait d'une requête assez typique de la forme 2 déposée par le frère du malade, au nom de toute sa famille :

> En effet, [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 « fauteuse de trouble » comme *s'enfermant toujours*

plus dans l'offense[314], fragilisant les places de chacun et minant les ressources disponibles de l'espace domestique[315].

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 désemparement, 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.

Premièrement, ce type de requête est très marqué par l'expression d'affects de la part des personnes requérantes. Ces affects, d'abord négatifs, appartiennent à deux grandes classes : ceux qui expriment les sensations liées à un trouble qui rompt le cours de l'ordinaire et sature au fur et à mesure 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

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

[315] 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).

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 désemparement : « 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 aussi décrite sous le mode de l'anxiété, de l'angoisse, voire de la crainte. En effet, certains requérants expriment 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).

Cette question de la crainte et de l'anxiété mène à 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 risque[316]. Outre la description 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

[316] Invoquer un risque, ce n'est pas la même chose que démontrer un danger. Sans en reprendre l'entièreté 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.

préoccupante » (954 AL 0721) ou craignant qu'une absence d'intervention « ne […] fasse davantage tomber [le fauteur de trouble] 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 évènements circonscrits, sans début ni fin, étendue et continue, ne pouvant être intégrés aux systèmes de référence mobilisés par l'institution. Par-là, les proches renforcent la distinction entre ce qui relève du privé, du familier, du domestique, et ce qui relève du public et de l'institutionnel. En effet, lorsque les requérants expriment à quel point il est « il est difficile d'expliquer tout cela dans un mail » (915 AL 0321), lorsqu'ils mentionnent « une expérience difficile à formuler » (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 « des évènements [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.

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, de la crainte et de l'incapacité à partager. 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 espérions que la MEO urgente puisse lui apporter le cadre qu'il lui faut, cependant elle a été négativée. 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 évènements 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 montrent un style plus vindicatif et marqué par une certaine indignation à l'égard de ce qui est vécu comme un manque d'aide et d'accompagnement de la famille dans le maintien à domicile.

6.6.3. Forme 3 : protéger et soutenir la personne

La forme 3 est un tout petit peu moins représentée que la forme 1 : elle permet de rendre compte d'un tiers 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 par d'autres tonalités, celle de l'inquiétude et de la prière principalement, énoncée depuis une posture empathique vis-à-vis de la personne « fauteuse 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. Les requérants se décrivent très largement comme étant inquiets, alarmés ou préoccupés pour le malade. 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 ».

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. 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 « débordement » 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.

Une forte insistance est d'ordinaire faite sur le vécu de la personne « fauteuse 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 « fauteuse de trouble » est, par comparaison, bien plus mise en avant dans ce type de requête, en faisant la victime première et centrale des conséquences néfastes du trouble. Ainsi, pour simplifier, 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 « fauteuse 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 « fauteuse de trouble », dans 70 % des cas, qu'autrui, dans 40 % des cas, et c'est le « soin » qui est demandé assez majoritairement comme forme d'intervention, non pas la contrainte ou l'hospitalisation.

Inscrites dans un cadre médical plus lâche, ces requêtes se concentrent autour d'un régime de problématisation qui insiste plus largement sur des dimensions de désocialisation, de vulnérabilité, et de marginalisation de la personne « fauteuse de trouble ». Le cadrage médical est

bien ici moins serré que dans la forme 1, 76,67 % 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 « fauteuses 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 plus souvent rendu problématique en raison des risques qu'il comporte pour la personne « fauteuse 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). 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 plus grand d'une déresponsabilisation de la personne « fauteuse de trouble » et l'expression plus forte d'une loyauté à l'égard de la personne « fauteuse de trouble », 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*[317] » dans la manière de rendre compte du trouble et de présenter la personne « fauteuse de trouble ». Ainsi, on verra 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 sans doute y voir un souci de déporter la responsabilité du

[317] 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).

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 nous dit quelque chose sur les rapports ordinaires au parquet, mais aussi, et peut-être plus, de l'intégration par les proches de la difficulté à trouver des places dans le réseau et des modalités volontaires d'admission dans les services.

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)

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.

6.6.4. Heurs et malheurs de la familialisation, la requête et la dimension politique de l'irritation et du souci des proches

À l'analyse, pour reprendre de manière plus systématique nos résultats, on distingue donc trois 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 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 « fauteuse 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.

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

Quelles conclusions peut-on tirer de ce travail ? Il semble falloir 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 résident 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.

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 % contre 26,47 % 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 de notre 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, et 3 des requêtes expriment donc des demandes liées à des expériences familiales spécifiques du trouble qui peuvent finalement être ramenées sur deux modalités centrales : 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 fauteuse 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 psychosociales 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. Il s'agirait d'investir l'écart entre le dernier recours tel que pensé du point de vue légal — c'est-à-dire à partir de l'idée plutôt éruptive — et celui du point de vue familial, axé notamment sur des jugements portant sur le délitement de la structure familiale ou des composantes émotionnelles particulières, centrées sur l'inquiétude, voire la compassion.

6.7. Conclusion

Le renversement normatif que constitue l'hospitalisation psychiatrique est organisé par la loi selon trois critères cumulatifs supposés vérifiables et intrinsèques à la personne fauteuse de trouble. Or, on remarque que la requête met en jeu une forme particulière de rapport à l'état, caractérisée par des jugements normatifs sur les situations et soutenue par des pratiques revendicatives (Ewald, 1987). Bien souvent, *plutôt que* ou *à côté de* la présentation de l'adéquation juridique d'une situation à des critères légaux, s'expriment des prétentions normatives, soutenues par des références à ce qu'est une *vie bonne*, une *vie digne* ou une *vie juste*, que cela soit pour la personne fauteuse de trouble ou pour les personnes requérantes. C'est pour cela qu'il est important de s'intéresser aux registres normatifs des requêtes. Ils nous renseignent sans aucun doute sur ce que sont les usages ordinaires du droit et le rapport ordinaire au parquet, mais plus largement, ils permettent de voir ce que sont les attentes des proches, pour eux et pour la personne malade. Ces attentes ne sont pas exprimées en termes de rapport à une règle, qui serait une mise en corrélation des faits avec des critères légaux, mais à partir d'invocations de normes qui vont mettre en récit l'incapacité pour les personnes, pour les environnements, pour le malade, d'avoir une vie jugée normativement bonne (foyer apaisé, une capacité à dormir la nuit, une capacité à considérer son proche comme une personne autonome, une capacité à alléger les rapports de dépendance, à alléger la nécessité de soutenir un proche, etc.). En ce sens, elles constituent une modalité

essentielle de documentation des *heurs* et *malheurs* de la familialisation et du maintien dans le milieu de vie.

Les évolutions historiques décrites ont participé à un déplacement des lignes de partage entre le « privé » et le « public », entre ce qui appartient à la personne, renforcée dans ces droits, de gérer en tant que sujet légal[318], c'est-à-dire capable de s'engager ou non dans des relations, codées à partir de la référence au modèle contractuel, fondement de l'ordre juridique libéral, et qui nécessite une intervention (protection, contrôle, contrainte, etc.) pour un sujet mineur, incapable, malade, etc. — c.-à-d. n'appartenant pas à l'ordre de la citoyenneté libérale. Du point de vue des « autres » du malade, le déplacement de ces lignes de partage n'est pas sans conséquence. Il définit du point de vue relationnel, la distinction entre ce qui relève de la symétrie, et est comptable de techniques de négociation, de dispute ou de médiation, et ce qui relève d'une relation tutélaire. L'écart entre présuppositions de droit et capacité de fait, qui peut être décrit en termes de vulnérabilité, est réduit par un ensemble de relations d'interdépendance qui constituent autant de supports sociaux à l'existence individuelle. Fineman (2013) montre que cette conception dépasse certes la question de l'autonomie des personnes porteuses d'un trouble mental. Elle concerne la question d'une vulnérabilité parfois qualifiée d'« ontologique » (Fleury, Fenoglio, 2022) qui ne trouve de dépassement qu'à travers l'intégration dans des formes de vie sociales. L'autonomie individuelle est un

[318] Sur la notion de sujet légal et son inscription dans le cadre d'une approche relationnelle du droit, voir le cinquième chapitre de cette thèse.

projet social — *nul homme n'est une île* depuis John Donne jusqu'à Hugh Grant, cela ne concerne pas uniquement les personnes malades mentales. Néanmoins, certaines vulnérabilités spécifiques nécessitent des mesures compensatoires spécifiques (Nussbaum, 2006, 2009), voire la mise en place de protections particulières, au rang desquelles le système de protection psychiatrique constitue l'un des éléments cruciaux.

En l'occurrence, l'institution de la personne comme possesseur de soi et de ses problèmes résulte en une perte d'obligation des droits, mais aussi des obligations, de faire quelque chose, pour les autres du malade, comme pour les agences.

7.
DE *PERSONNE FAUTEUSE DE TROUBLE* À *PERSONNE MALADE MENTALE À PROTÉGER* : ETHNOGRAPHIER LA QUALIFICATION

> Suppose que tu rencontres un fou qui affirme qu'il est un poisson et que nous sommes tous des poissons. Vas-tu te disputer avec lui ? Vas-tu te déshabiller devant lui pour lui montrer que tu n'as pas de nageoires ? Vas-tu lui dire en face ce que tu penses ? Eh bien, dis-moi !
>
> Milan Kundera, *Risibles Amours*

Dans le chapitre précédent, j'ai introduit l'idée du « renversement normatif ». J'ai essayé de spécifier les formes de sa demande émanant des scènes familiales, et les types de troubles auxquels elles s'articulaient. Je pense avoir montré, plus fondamentalement, que la nécessité de ce renversement résidait dans les formes ordinaires de la régulation de la question psychique, articulées à certains repères conventionnels et légaux que j'ai regroupés sous l'idée générale de l'individualisme possessif : la personne est considérée, *a priori*, comme possesseuse d'elle-même et de ses problèmes. Dans certains cas, prévus légalement, ces suppositions sur la personne peuvent être suspendues

— le reste du temps, elles constituent les principes d'organisation de la vie sociale, pour partie déterminants dans le rapport des personnes entre elles et cruciaux dans le rapport entre les personnes et les institutions[319]. La suspension de l'individualisme possessif ne peut avoir lieu que dans le cadre de la mesure de protection de la personne des malades mentaux, par décision judiciaire. Cette décision consiste en vérité en une qualification de la personne, opération au cours de laquelle elle passe de *personne fauteuse de trouble* à *personne malade mentale à protéger*. Dans ce dernier chapitre, sur base d'ethnographies des audiences, j'analyse les déterminants de cette qualification de la personne comme *personne malade mentale à protéger*, condition légale du basculement de régime de soin vers la contrainte.

La littérature a insisté sur le fait que ce type d'audience constituait un espace de confrontation/renforcement mutuel entre le droit et la psychiatrie. On a souligné les

[319]La question de l'effectivité concrète des droits se pose bien évidemment. J'ai essayé d'en retracer certains des enjeux dans le chapitre 5. Pour une discussion sur les différentes manières d'appréhender cette question dans la littérature, on se référera à l'article de Pierre Lascoumes et Evelyne Serverin (1986) dans lequel les auteurs proposent trois approches typique centrée sur les écarts : l'option normative, l'option sociologique et l'option économique. On regrettera cependant que l'article n'envisage pas les résultats des approches d'inspiration interactionnelle et ethnométhodologique du droit qui insistent sur l'effectivité du droit telle qu'elle se constitue dans les actions des participants, et dans lesquelles s'inscrit plutôt le travail présenté ici. On trouvera quelques réflexions utiles, bien qu'inscrites plutôt dans cette perspective centrée sur les écarts, dans les travaux de Martha Fineman et Anna Grear (2013) sur la tension inhérente à l'anthropologie du droit entre le « sujet libéral » et le « sujet vulnérable », ainsi que dans celui de Véronique Muñoz-Dadré (1999) sur l'effectivité du modèle du « citoyen champignon », c'est-à-dire d'une conception insulaire de l'individu, considéré comme autonome et autosuffisant.

articulations plus ou moins faciles entre des rationalités, des discours, des intérêts spécifiques ou des vocabulaires de motifs, qui trouvaient à s'appuyer sur des corpus théoriques et des pratiques disciplinaires. Droit et psychiatrie s'opposaient, leurs pouvoirs respectifs plus ou moins dominants selon les périodes ou à l'inverse, combinaient leurs forces dans des visées communes de maintien de l'ordre public et de contrôle social[320] (Van de Kerchove, 1983 ; Fennell, 1986, Bompart *et al.*, 2001). Ces conceptions semblent cependant insatisfaisantes, avant tout au regard du fait qu'elles ne permettent pas de saisir ce qui se joue réellement en situation, dans la production du droit qui se fait[321]. Je voudrais alors montrer, sur base de mes observations, comment se fait le jugement judiciaire, en situation, lorsque son enjeu est la production de qualification médico-légale, orientée selon certaines finalités, en l'occurrence celles de faire basculer

[320]Alan Hunt (1992) a montré comme les conceptions, d'inspiration plutôt foucaldiennes, tendaient à négliger la spécificité du droit, à n'en faire qu'un mécanisme de légitimation des technologies disciplinaires. Par exemple : « In general Foucault's image of modern law is one of a mechanism that is ineffectual and generally epiphenomenal, confined mainly to providing legitimations for the disciplinary technologies and normalizing practices established by other mechanisms. […] Modern power characteristically employs the discourses of law, but Foucault is concerned to suggest that this is a surface phenomenon, even an ideological phenomenon-although, as we have seen, he avoids this term » (pp. 18 - 19). Il montre également comme les conceptions systémiques, pénétrées notamment de l'idée d'un « impérialisme légal », passent à côté des interdépendances constitutives entre les systèmes d'action et de discours. D'autres recherches, plus récentes, ont parlé de collaboration et de coordination (Tartour, 2021).

[321]Comme le souligne Dupret (2005a) : « Les croisements de la science et du droit ne peuvent dès lors se comprendre et s'expliquer en dehors du cadre situé de leur accomplissement, en fonction des finalités propres à chacun des actes qui sont posés dans cette perspective, dans le détail de leur déploiement pratique et différencié d'un contexte à l'autre. » (pp. 623-624).

le régime de soin vers la contrainte. Ainsi, il s'agira de voir comment les qualifications médico-légales sont produites, à partir des interactions situées, mais bien évidemment, tout en tenant compte des cadres macrosociaux, des tendances lourdes et normativités extérieures à celles de la seule interaction.

7.1. Le tribunal comme lieu de la qualification

La privation de liberté à des fins thérapeutiques en psychiatrie doit être décidée par la personne du juge de paix[322], seule habilitée à ordonner une administration forcée, dans le cadre de la procédure de mise en observation au titre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Cette loi constitue une étape législative majeure dans le mouvement de prise en compte des droits subjectifs et de désinstitutionnalisation des prises en charge psychiatriques. Elle définit les critères et les modalités de l'hospitalisation contrainte pour raison psychiatrique, appelée « mise en observation ». Pour rappel, une telle mesure peut être prise (1) à défaut d'alternative, (2) à l'égard d'un « malade mental », (3) dont l'état est reconnu mettre « gravement en péril sa santé et sa sécurité » ou constituer « une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui » (art. 2). Lorsque ces trois critères sont réunis, la

[322]Parmi les six juges observés, il y avait deux femmes et quatre hommes. À des fins d'anonymisation, et en vue de visibiliser la féminisation du métier, et plus généralement, le fait que les intervenants engagés dans ces affaires sont souvent des femmes, je fais le choix de parler dans ce chapitre de « la juge ».

loi prévoit qu'« une mise en observation dans un service psychiatrique peut être ordonnée par décision judiciaire » (art. 4). Si la procédure « ordinaire » a été pensée comme une manière d'offrir au malade « les garanties démocratiques » dans la recherche d'une mesure « aussi peu contraignante que possible » (Brandon, 1994), on remarque qu'en pratique, la procédure d'urgence, telle que définie à l'article 9 de la loi, représente une écrasante majorité des cas de mises en observation, en particulier à Bruxelles[323]. Dans le cadre de la procédure d'urgence, le Procureur du Roi peut être saisi par « toute personne intéressée », sans que la loi ne précise la définition extensive de la « personne intéressée ». La vérification de la conformité légale de la mesure est donc faite *a posteriori* par le juge de paix, endéans les dix jours du placement d'office.

7.1.1. La qualification comme problématisation

Cette séquence judiciaire constitue parfois le stade d'initiation du parcours de soin, et toujours le moment d'une saisie institutionnelle du « cas » d'une personne fauteuse de trouble, associée à une modification de son statut et un basculement du régime d'action. À ce titre, elle constitue une étape de la problématisation du trouble, opérée à partir de catégories et réglée selon des procédures de droit, et assortie d'une contrainte d'exécution. L'audience est donc le moment d'une *problématisation judiciaire* d'un trouble — cela au même titre qu'on a

[323]Pour un aperçu statistique des usages de la mesures en Belgique, et du recours à sa forme urgente, on se référera à l'introduction de cette thèse.

examiné les formes de la *problématisation familiale* dans les chapitres précédents[324]. L'audience consiste, certes, en un moment particulier de la micro-politique du trouble, lorsque des « tiers officiels » se saisissent de la situation (Emerson, 2015 ; Cicourel, 2020). Néanmoins, le jugement qui en ressort ne diffère pas radicalement des opérations micro-politiques décrites dans le reste de la thèse. Je fais le choix de l'intégrer à mon cadre analytique de la problématisation. En effet, du point de vue de ses opérations, l'audience constitue l'espace d'un travail d'interprétation des faits et d'évaluation des moyens mis en œuvre pour y remédier[325] : il s'agit de déterminer si une personne est malade mentale et dangereuse (interprétation des faits) et d'évaluer quelle forme de traitement s'impose (évaluation des moyens).

Ce n'est cependant pas uniquement sous l'angle de ses opérations constitutives que l'audience peut être considérée comme un moment de la problématisation. Si l'on en considère les résultats, le jugement judiciaire transforme éventuellement un trouble en un problème par l'imputation d'une *responsabilité du fait* (maladie mentale/absence de maladie mentale) et une *responsabilité de faire* (prise en charge contrainte/autodétermination). À ce titre, J. Holstein (1984) proposait de considérer l'audience comme un point de passage depuis une « folie dans la place » vers un « placement de la folie ». Jouant sur

[324]Essentiellement les chapitres 3, 4, 5 et 6 de la thèse.

[325]L'articulation de ces deux sortes d'activités était précisément le cœur de ma construction de la notion de problématisation: travail interprétatif et travail de remédiation.

la fameuse expression goffmanienne[326], le sociologue américain fait référence au moment de saisie institutionnelle d'un trouble, et de contention de son « ravage » par son extraction des environnements sociaux pour un « placement » en institution. Le placement constitue ainsi l'aboutissement de la problématisation d'un trouble en tant que maladie mentale, dont le désordre impose(rait) l'enclenchement de ce type de mesure :

> L'hospitalisation psychiatrique est alors un remède au désordre, un dénouement par lequel les malades mentaux sont exclus d'un certain ordre social local parce que les autres membres de la communauté ne peuvent pas ou ne veulent pas honorer les définitions, les revendications relationnelles, les droits et les responsabilités qu'ils affirment.[327] (Holstein, 1984, p. 35)

Il s'agit ici de déplacer la focale depuis les effets d'un trouble dans les systèmes relationnels vers les formes de saisie institutionnelle — depuis la folie dans la place vers le placement de la folie. Elles sont un lieu de dévoilement et des manières dont se jouent les troubles privés, et des modalités publiques de leur prise en charge. Comme le notent Truffin et Laperche (2011), la justice de paix constitue en effet un poste d'observation privilégié sur ces phénomènes qui relèvent habituellement de l'intime et du privé.

---

[326]La « folie dans la place » a été largement mobilisée dans les chapitres précédents, je n'y reviens donc pas.

[327] Ma trad. : « *Mental hospitalization then is a remedy for havoc, an outcome whereby the mentally ill are extruded from some local social order because other community members are unable or unwilling to honor definitions, relational claims, rights, and responsibilities they assert.* »

La problématisation judiciaire de ces phénomènes peut être ramenée à une opération bien connue dans la littérature consacrée aux études juridiques et sociojuridiques : celle de « qualification », dont les approches pragmatiques et ethnométhodologiques du (jugement de) droit ont vu tout l'intérêt (Thévenot, 1992 ; Dupret, 2005a ; Chappe, 2010 ; Stavo-Debauge, 2012). La qualification est une version particulière de la problématisation dans la mesure où elle est opérée par des acteurs juridiques (officiels et habilités), au moyen de catégories et selon des procédures définies par le droit, assortie d'une certaine force de contrainte. Ainsi, « la qualification est l'opération par laquelle, à l'aide des catégories juridiques, un problème peut être résolu » (Dupret, Colemans, 2021, p. 132). On soulignera en ce sens en effet la dimension opératoire de la qualification (Cumyn, Gosselin, 2016). À ce titre, elle constitue une opération de mise en correspondance de faits[328] avec des catégories juridiques, à des fins pratiques de remédiation du trouble qu'ils constituent. Saisie du point de vue juridique, elle est le lieu d'une « spécification juridictionnelle » des droits certes (Mitnick, 2000), mais plus largement elle est un espace de « dévoilement heuristique » des tensions normatives qui se déploient dans des affaires (Tonnelat, 2022).

Cette opération, « élémentaire et fondamentale dans le droit » (Champeil-Desplats *et al.*, 2019), constituera le

[328]J'ai montré les enjeux liés à la constitution des faits, notamment dans le chapitre précédent.

cœur de ce chapitre, considérée comme la forme spécifiquement juridique, intégrée dans des modes d'action judiciaire, de la problématisation. J'en analyserai les formes, les référents et les modalités interactionnelles situées dans le cas des décisions d'hospitalisation contrainte, pensées comme des étapes des trajectoires qui constituent l'objet de cette thèse.

7.1.2. Le choix de l'ethnographie pour observer la formation du tribunal

La qualification est l' « opération du raisonnement juridique qui consiste à faire entrer un objet dans une catégorie juridique, préétablie ou non, dans le but d'ouvrir l'application à l'objet ainsi qualifié du régime juridique ou de l'effet de droit attaché à la catégorie en cause » (Vautrot-Schwarz, 2009, p. 23). La catégorie juridique est en l'espèce implicite dans la loi, définie par les trois critères cumulés : la maladie mentale, la dangerosité pour soi ou pour autrui et l'absence d'alternative de soin en-dehors de la contrainte. Je considérai que ces critères forment les contours légaux de la catégorie de *personne malade mentale à protéger*[329], qui constitue l'instrument juridique de problématisation de troubles, et donc le cœur du pan judiciaire de la régulation de la question psychique.

À ce titre, la qualification peut être considérée comme un segment de l'opération générale de problématisation, dans

[329]Cette catégorie, si elle n'est jamais citée de manière explicite par la loi, est néanmoins construite sur base de l'intitulé de la loi du 26 juin 1990 sur la *protection de la personne des malades mentaux*. Il ne semble donc pas complètement absurde de considérer que cette loi et son intitulé constituent, même si de manière implicite, la catégorie de *personne malade mentale à protéger*.

la mesure où elle est opérée par des acteurs judiciaires, en vertu de principes juridiques (substantiels et procéduraux). Les résultats de cette opération sont accessibles à travers un type de document particulier : le jugement. Pourtant, il m'est très rapidement apparu qu'une analyse de jurisprudence serait une stratégie de recherche peu utile pour saisir les tenants et aboutissants de la qualification des personnes en cette matière.

En effet, les jugements rendus que j'ai pu consulter sont le plus souvent très courts, succincts et maigres dans leurs motivations[330]. Ils ne permettent en réalité pas de se rendre compte de la manière dont la qualification est opérée. Il serait sans doute possible, sur base d'un corpus de jugements, de dégager quelques manières typiques de justifier de la rencontre des critères légaux avec les cas d'espèce. Puisque la qualification « consiste à associer une situation factuelle à une catégorie juridique » (Cumyn, Gosselin, 2016, p. 345), il serait possible d'opérer une analyse *à rebours*, qui chercherait à déterminer les règles d'association entre *fait* et *catégorie*. Voyons ce que cela pourrait donner, à partir de l'analyse d'un jugement, issu d'une justice de paix bruxelloise en mars 2018 :

[330]Cela tient sans doute aux caractéristiques spécifiques du contentieux, finalement très peu technique et assez routinier. Tonya Tartour (2021) considère par exemple, du côté français, qu'on a là affaire à un contentieux de masse. Si la notion est peut-être un peu floue, elle indique cependant quelques caractéristiques pertinentes pour mieux comprendre le contentieux dont il est question. La notion de contentieux de masse repose en effet sur quelques caractéristiques typiques : le caractère massif et objectivement comparable des requêtes, le caractère routinier de la production de jugement dont la technicité est faible, le faible nombre de recours, les contraintes de temps qui pèsent sur l'office du juge, et donc, par voie de conséquence, le caractère succinct des motivations.

> Entendu en chambre du conseil, le patient assisté de son conseil précité, ainsi que la partie requérante, en leurs dires et moyens ;
>
> La recevabilité de l'affaire n'est pas contestée.
>
> Il ressort du rapport médical circonstancié qui est joint à la requête que l'intéressé souffre de paranoïa, anxiété et dépression, ce qui est considéré comme une maladie mentale au sens de la Loi relative à la Protection de la Personne de Malades Mentaux.
>
> Il s'avère par ailleurs que l'intéressée est partiellement consciente de sa maladie, mais qu'elle déclare ne pas être en mesure de suivre sa médication et toute autre forme de traitement. Ainsi, l'intéressé met en danger, de par sa maladie mentale, principalement sa propre santé, mais aussi sa sécurité, et une mesure de protection au sens d'une hospitalisation forcée s'impose, étant donné qu'aucun autre traitement approprié ne peut être proposé.
>
> Il ressort de ce qui précède que l'hospitalisation forcée est nécessaire. La requête est dès lors fondée comme précisé au dispositif ci-après.

En effet, partant de l'idée que la production de documents institutionnels répond à un ensemble de règles de transformation, il serait possible de déterminer l'« algorithme » de conversion (Hak, 1989), c'est-à-dire l'ensemble de règles qui président à la production d'un discours judiciaire à partir de faits empiriques. Faisons alors l'exercice de comparaison entre l'article 2 de la loi (qui définit les conditions légales) et les motivations du jugement,

Les mesures de protection ne peuvent être prises à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

↓

Il ressort du rapport médical circonstancié qui est joint à la requête que l'intéressé souffre de paranoïa, anxiété et dépression, ce qui est considéré comme une maladie mentale au sens de la Loi relative à la Protection de la Personne de Malades Mentaux.

Il s'avère par ailleurs que l'intéressée est partiellement consciente de sa maladie, mais qu'elle déclare ne pas être en mesure de suivre sa médication et toute autre forme de traitement. Ainsi, l'intéressé met en danger, de par sa maladie mentale, principalement sa propre santé, mais aussi sa sécurité, et une mesure de protection au sens d'une hospitalisation forcée s'impose, étant donné qu'aucun autre traitement approprié ne peut être proposé.

La transformation est relativement faible, les motivations apportant finalement très peu de précision à partir des « faits » pour justifier l'application de la catégorie de *personne malade mentale à protéger*. Ainsi, la condition de maladie mentale est par exemple démontrée par l'usage de catégories diagnostiques de moyenne portée (paranoïa, anxiété, dépression), issues du rapport médical circonstancié. Il est en outre précisé que ces catégories diagnostiques renvoient à une maladie mentale « telle que

définie au sens de la loi ». L'apport de significations situées n'est pas immense, on en conviendra. Si l'on décompose la motivation de manière plus systématique :

à l'égard d'un malade mental	→	l'intéressé souffre de paranoïa, anxiété et dépression
que si son état le requiert soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui	→	Ainsi, l'intéressé met en danger, de par sa maladie mentale, principalement sa propre santé, mais aussi sa sécurité
à défaut de tout autre traitement approprié	→	l'intéressée est partiellement consciente de sa maladie, mais qu'elle déclare ne pas être en mesure de suivre sa médication et toute autre forme de traitement (…) aucun autre traitement approprié ne peut être proposé

Les motivations empruntent ainsi à la forme tautologique, n'apportant que peu de contenu factuel supplémentaire. En outre, et surtout, rien ne peut être dit sur la manière dont s'opère la qualification à partir d'une analyse jurisprudentielle. Or, il s'agit de s'intéresser au processus de construction des décisions. Comme le note Sally F. Moore :

> La prise de décision n'est en aucun cas un processus simple, et les décisions judiciaires ne font pas exception. Lorsque les anthropologues cherchent des explications sociologiques à la sorcellerie ou aux phénomènes

> religieux, ils n'hésitent pas à aller au-delà des affirmations indigènes explicites. Les déclarations juridiques des juges, aussi rationnelles et logiques soient-elles, devraient faire l'objet d'un examen tout aussi approfondi.[331] (Moore, 1970, p. 342, cité par Le Meur, 2022, p. 15)

Pour ces raisons, j'ai opté pour le choix d'observations ethnographiques des audiences de mise en observation. Il s'agit alors d'appréhender ici la qualification juridique *en train de se faire*, dans les conditions écologiques particulières au sein desquelles se forme le tribunal.

Les audiences de mises en observation, comme je l'ai précisé en introduction de la thèse, sont des *audiencæs foraines*, tenues dans les services où résident les « patients-justiciables » (Tartour, Barnard, 2018). Il convient donc d'envisager, outre les rapports interactionnels qui façonnent les opérations qualifiantes, les éléments de contextes qui les configurent vraisemblablement. Pour ce faire, j'ai observé 134 audiences de mises en observation, entre 2019 et 2023, tenues dans les 4 hôpitaux bruxellois qui disposent de services fermés (Centre hospitalier Jean Titeca, Hôpital Érasme, CHU Brugmann, Clinique Fond'Roy). Ces audiences étaient présidées par 6 juges de paix différents.

L'ethnographie permet de documenter les manières dont la qualification est produite en situation, dans l'interaction située entre les participants, à l'intersection de logiques de

[331]Ma trad. : « *Decision-making is not in any circumstances a simple process, and judicial decisions are no exception. When anthropologists are looking for sociological explanations of witchcraft or religious phenomena, they do not hesitate to probe beyond explicit indigenous assertions. The legal pronouncements of judges, however rational and logical in style, should be accorded investigation of the same depth.* »

statut et de légitimité, mais aussi de dimensions propres à la communication en situation. En ce sens, sans être réductible à cette dialectique, on peut dire que la qualification produite par le jugement constitue une évaluation des risques psychiatriques au sein d'une tension entre la capacité juridique de la personne et sa vulnérabilité psychique de fait. À ce titre, ce chapitre sera construit autour de longs extraits de mes carnets de terrain, afin de documenter et *donner à voir* comme se joue la qualification, en situation. Je voudrais donc décrire ce qui se joue sur ces scènes judiciaires particulières, les prenant pour des dispositifs de qualification. En effet, on considérera avec Julie Colemans et Baudouin Dupret (2021) que

> La qualification ne peut jamais être mécanique, mais suppose des choix, des actions et raisonnements pratiques, certains de sélection, d'autres d'exclusion, dont les modalités constitutives, telles qu'elles s'accomplissent dans chaque occasion, sont rarement interrogées en elles-mêmes. C'est dans cet espace qu'interviennent les routines, les savoirs d'expérience, les savoirs de sens commun, l'utilisation d'artefacts cognitifs, qui permettent de réaliser le travail de liaison du cas et du droit. (p. 135)

De ce fait, l'examen des opérations de qualification est comptable d'une observation des processus, situés et locaux, plutôt que d'une seule analyse des résultats. Il s'agit de déterminer ce qui, dans les agencements spatiaux, temporels et interactionnels au sein desquels se déroule la qualification, façonne ces opérations, en disposant les participants d'une certaine manière, en orientant et sélectionnant les catégories propices. Pour ce faire, il me semble qu'on peut approcher l'audience de deux manières,

externe et *interne*. Du point de vue *externe*, je tenterai de caractériser les dimensions spatiales et temporelles de formation du tribunal. Je montrerai que ces conditions prédisposent sans doute, voire organisent, les conditions (affectuelles, sémiotiques) dans lesquelles les opérations de qualification s'opèrent. Du point de vue *interne* ensuite, j'évaluerai les manières dont les audiences sont organisées, en matière de places et de statuts attribués, d'organisation des tours de parole, etc.

7.1.3. La formation du tribunal

Il convient, dans un premier temps, d'évaluer la question de la formation du tribunal, dans ses espaces et dans ses lieux, puisque de ces dimensions naissent les conditions écologiques de la production du jugement. Il s'agit dans un premier temps de caractériser les conditions extérieures de formation du tribunal, afin de voir dans quel cadre écologique (c'est-à-dire affectuel et phénoménologique) se construit la qualification des personnes.

En effet, si l'audience judiciaire est une « occasion sociale » assez typique au sens de Goffman, ces audiences-ci sont particulières, en ceci que la dimension médicale y est sursignifiée, dans les interactions discursives et corporelles comme on le verra, mais aussi dans ses lieux, son équipement matériel et les signes qui lui sont associés. Une certaine littérature, aux accents certes foucaldiens, a caractérisé ce type d'audience à partir de la notion d'« hétérotopie », soulignant que dans ces audiences, « le rythme, la disposition et les processus d'interaction ne sont ni entièrement juridiques, ni entièrement cliniques »

(Pariseau-Legault *et al.*, 2021, p. 48). Cette caractérisation permet d'insister sur l'importance des configurations spatio-temporelles de l'audience, et de cerner les conditions déterminantes de production du jugement.

7.1.3.1. La salle au fond du couloir : dimensions sémiotiques et affectuelles de l'audience ?

La loi stipule que le juge visite le patient « au lieu où il réside ». Dans le cadre de la mise en observation urgente, le patient réside dans un service fermé. L'audience se tient donc dans le service hospitalier, généralement dans une salle de réunion disponible. Cette localisation n'est pas anodine puisqu'elle nous semble déjà configurer pour partie ce qui va se jouer. En effet, l'audience de mise en observation constitue une véritable « incursion du dispositif judiciaire au sein de l'espace sanitaire » (Pariseau-Legault *et al.*, 2021, p. 47). De ce fait, l'espace est saturé de références médicales et psychiatriques, depuis l'aménagement des lieux jusqu'aux cris, voire aux incursions souvent mouvementées, d'autres patients dans la salle pendant les audiences. On peut parler de saturation sémiotique des lieux, qui opère dès l'entrée dans le service. Ainsi, un extrait de mon carnet de terrain, concernant le trajet de l'équipée du juge vers la salle dans laquelle doit se tenir l'audience :

> Nous activons la sonnette du service, une lumière rouge s'allume à côté de la petite caméra disposée sur le boîtier. Nous sommes filmés : la juge, sa greffière, et moi. La lumière passe au vert, un déclic bruyant dans la porte : les deux battants s'ouvrent, nous entrons. Un long couloir, le blanc comme couleur dominante. De part et d'autre, des

entrées de chambres, sur la droite à sept ou huit mètres, un renfoncement dans le mur qui accueille une sorte de guichet. Je remarque, comme à chaque fois, l'odeur assez caractéristique de ce service : un mélange entre des produits d'hygiène médicale, une odeur corporelle assez forte et du tabac froid. Nous avançons dans le couloir. Un patient sort de la première chambre sur la gauche. Il est en pyjama d'hôpital, il porte des lunettes rondes et de longs cheveux bouclés qui tombent jusqu'à ses épaules, plaqués sur son front et ses joues. Il interpelle la juge : « madame la juge, avez-vous reçu ma lettre d'appel ? » La juge lui sourit, continuant d'avancer, et lui explique qu'elle n'est pas là pour ça aujourd'hui, il faudrait qu'il voie avec son avocat, ce n'est pas auprès d'elle qu'on peut déposer un appel. Il nous suit en marchant au niveau de la juge, expliquant les raisons de son appel. Une infirmière arrive et le reconduit doucement vers sa chambre. Nous arrivons au niveau du guichet où nous recevons la clé de la salle dans laquelle la juge tiendra audience. L'équipée continue son mouvement vers la salle. La greffière tient ses dossiers près du corps, elle m'a confessé dans l'ascenseur que c'était un moment qu'elle n'aimait pas — elle ne se sent pas rassurée lorsqu'elle traverse le couloir : « je sais que ça fait des années que je fais ça, mais je n'aime pas trop. Ça et la chambre des patients. Quand on est dans la salle, ça va. Mais le couloir et les chambres, je ne sais pas pourquoi, mais je n'aime pas. » La juge avance, distribue des salutations aux patient. e. s croisé. e. s, parfois assorties d'un compliment (« vous allez l'air bien aujourd'hui ! ») ou d'une question (« vous allez mieux que la semaine passée monsieur ? »). Nous sommes à quelques mètres de la salle d'audience, au fond du couloir sur la gauche. Devant nous, un patient en chaise roulante : il se déplace vers le fumoir. Nous l'avons vu à l'audience la semaine précédente, il s'est cassé les deux pieds en se défenestrant du premier étage, croyant que sa cuisine était en feu. Il est d'origine polonaise, parle difficilement français. Il se déplace dans le couloir d'une manière étonnante : partant d'une porte

> de chambre, à la poignée de laquelle il est agrippé, il se lance à la force des bras vers la poignée de la porte disposée en diagonale dans le couloir, dont il attrape la poignée, puis se relance vers la poignée diagonale suivante. De la sorte, il avance dans le couloir, suivant une courbe sinusoïdale et manifestement épuisante. L'équipée du juge ralentit, il va moins vite que nous, sur nos jambes. Un patient sort de sa chambre, il est en pyjama et traîne les pieds. Le patient polonais, face à lui, croasse deux fois puis dit « bonjour corbeau ! », l'autre patient lui répond « bonjour ! », puis chacun repart de son côté. Nous arrivons finalement à la salle d'audience.

On le voit, un ensemble de signes viennent (pré)disposer la situation, et la configurer en un sens médical. La situation de l'audience est donc aménagée d'une manière qui sursignifie sans aucun doute la dimension médicale. Ainsi, les interactions avec les patients, le contexte mobilier et immobilier, viennent surligner le fait qu'on se trouve dans un hôpital psychiatrique. Le tribunal se forme dès lors au sein d'un espace très médicalisé, dont la transformation symbolique est extrêmement faible. Cette disposition médicale de la situation d'audience n'est pas anodine. Sacks (1972) souligne le fait qu'une personne et son comportement ayant déjà été caractérisés au moyen d'une catégorie particulière auront tendance à être caractérisés plus tard au moyen de cette même catégorie, cela en vertu d'un principe de cohérence et d'économie. Ici, le contexte agit comme une instance de caractérisation au sein de laquelle il sera plus *consistant* et *économique* de considérer la personne sous le regard médical. Dans le cas qui nous occupe, on peut considérer que le contexte

participe largement à catégoriser les personnes[332]. Le milieu détermine, *naturellement*, la personne comme patient, puisque la dimension médicale surdétermine la réception des indices. Ainsi, la juge, lorsqu'elle rencontre le patient-justiciable, le verra *a priori* plutôt comme un seul patient.

Cela est d'autant plus fort que ce n'est pas uniquement le contexte qui agit pour déterminer et sélectionner des interprétations pertinentes. Lors de l'audience, la personne est apprêtée d'une certaine manière. Dans certains services, elle est présentée en pyjama médical devant la juge lors de son audience de mise en observation. Il va de soi que cet apprêtement participe d'une certaine manière de l'appréhender. Le vêtement signifie la dimension médicale, surdéterminant la réception des communications discursives et non discursives : la personne se présente devant le juge comme un patient dans un environnement hospitalier. Parfois, elle est, en raison des nécessités de fonctionnement du service, sédatée. En outre, certaines visites, lorsque le patient est décrit par les personnels médicaux comme « agité » ou « violent », se font en chambre. La juge rencontre alors un patient contentionné, attaché à son lit, dans une chambre d'hôpital.

[332]Sur ces questions, on peut se référer, prudemment, au célèbre article de David L. Rosenhan (1973), qui soulignait, du point de vue du diagnostic médical cependant, comme l'hôpital constitue « un environnement spécial » qui impose certaines « significations des comportements » plutôt que d'autres. Certes, cette étude a été critiquée, en particulier en raison du dispositif expérimental qu'elle mettait en œuvre basé sur des pseudo-patients (Spitzer, 1975).

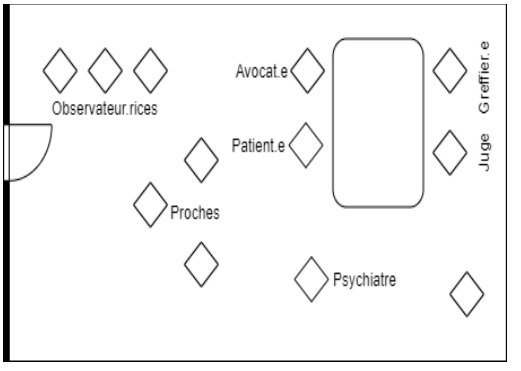
7.1.3.2. Une configuration spatiale et relationnelle de l'audience ?

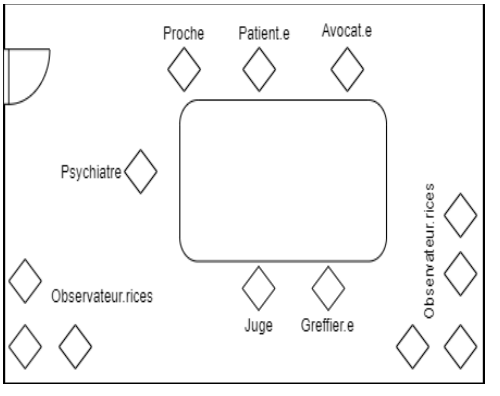
Selon les services, une audience peut regrouper plus ou moins de personnes. Sont présents : le malade, le juge, son greffier, le médecin et l'avocat (même si le malade ne souhaite pas être représenté, l'avocat reste, mais ne prend pas la parole). Parfois, l'assistant social ou l'infirmier social peut être présent. Lorsque c'est nécessaire, on aura également un interprète. En outre, des stagiaires sont souvent présents aussi, qu'ils soient issus du monde judiciaire (stagiaire du greffe, stagiaire du TPI) ou du monde médical (en particulier dans les hôpitaux universitaires où il n'est pas rare que trois ou quatre stagiaires assistent à l'audience). Enfin, les membres de la famille peuvent également assister à l'audience[333].

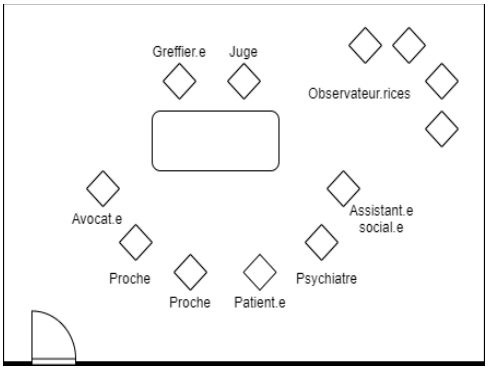
Les participants sont généralement assis en arc de cercle, le patient en est le centre. Cette disposition spatiale peu antagoniste est plus propice à une posture consensuelle, axée sur les difficultés de la personne au centre. Il n'y a par exemple pas d'appel des témoins à la barre. Il n'y a en outre pas de représentant du ministère public, pourtant

[333] En ce qui concerne ces derniers, deux pratiques différentes sont en vigueur parmi les juges observés, qui ne sont pas dénuées d'intérêt heuristique. La plupart des juges laissent les familles assister à toute l'audience, y compris à la présentation du cas pas le médecin. Néanmoins, une juge demande aux familles de rester en dehors de la salle et ne les appellent que pour récolter leur avis, en fin d'audience. Cette dernière pratique est justifiée par le fait que les patients sont majeurs, et donc ont le droit de voir leur secret médical préservé. Néanmoins, le fait que la majorité des juges ne le fassent pas montrent déjà la conception préalable de la personne malade qu'ils ont (déjà là, la personne est considérée comme en état de minorité et la présence de la famille est privilégiée au nom du fait qu'elle rend la production du jugement bien plus facile)

requérant de la mesure. Du manque de contradiction naît peut-être l'absence d'une posture de représentation active et déterminée des intérêts de la part des avocats.







On peut le voir à travers ces schémas, les salles d'audience sont notamment marquées par « la disparition de la disposition antagoniste que l'on retrouve au sein des salles d'audience typique » (Pariseau-Legault *et al.*, 2021, p. 46). Spatialement, l'espace invite à une sorte de concertation plutôt que des rapports différenciés ou antagonistes[334], toutefois avec un certain cérémonial.

7.1.3.3. Des conditions préqualifiantes

Ces dimensions participent à ce que la littérature a qualifié de « préqualification » (Colemans, Dupret, 2021) ou de « qualification implicite » (Blanchard, 1991), c'est-à-dire le processus par lequel certaines « catégories juridiques susceptibles de s'appliquer » sont déjà sélectionnées (Cumyn, Gosselin, 2016, p. 348). Une certaine configuration sémiotique préalable à l'audience dispose déjà une série de catégories pertinentes (excluant ou minorant la pertinence d'autres). Ainsi, et contre les approches impartialistes de l'élaboration du jugement de droit, il convient d'envisager l'importance des dispositions affectuelles et cognitives dans lesquelles les conditions écologiques placent les personnes en charge de produire le jugement (Paperman, 2000). Il est possible de rendre compte de cette préqualification à l'œuvre à l'audience à travers un extrait de mon carnet de terrain. Celui-ci concerne une audience observée :

> La patiente entre dans la salle d'audience. La porte fait face au bureau où sont assises la juge et sa greffière. Elle

[334] Truffin et Laperche (2011) soulignent aussi, dans leur étude sur la justice de paix, la « configuration égalitaire » des places.

> traverse la salle jusqu'à la chaise qu'on lui indique. Elle est doit avoir une trentaine d'années. Elle se tient très droite sur sa chaise. Son visage est barré de traits de rouge à lèvres : trois lignes écarlates diagonales, de son front jusqu'à sa joue gauche. L'audience se passe, la psychiatre loue l'évolution clinique de la patiente, et son engagement dans les soins. Lorsqu'on lui donne la parole, la patiente s'inquiète de devoir rester trop longtemps : elle voudrait sortir, elle comprend la nécessité des soins, mais elle souhaiterait ne pas rester trop longtemps à l'hôpital. Elle explique avoir réussi ses examens dans les études en haute école qu'elle a repris récemment. La mesure est confirmée, après avoir été rassurée sur la durée de son hospitalisation. Elle sort, on attend le patient suivant. La psychiatre s'adresse à l'assemblée : « Je la trouve attachante. Je ne devrais pas dire ça, mais elle est attachante. » La juge répond : « Oui ! Et elle est jolie, hein ! », sa greffière opine. L'avocat s'inquiète : « Mais elle a vraiment réussi ses examens ? » Le patient suivant arrive.

Avant même les débats, on remarque alors une sélection des catégories pertinentes par le contexte. Notamment si l'on considère que la maladie mentale résulte du point de vue sociologique d'une certaine problématisation d'un trouble, comme déviance personnelle et non comme conflit interpersonnel[335]. On voit comment le contexte induit une structure préférentielle de ce point de vue : la version du conflit sera moins facilement adoptée dans un contexte hospitalier, face à un patient apprêté, dans un contexte de contrainte temporelle. L'ensemble de ces dimensions vont déjà venir façonner, organiser, les

[335]Cette seconde version est largement répandue dans la littérature critique, certes antipsychiatrique, mais aussi dans des modèles cliniques plus conventionnels comme la théorie systémique, ou dans la littérature sociologique.

éléments disponibles pour mener l'opération de qualification.

7.2. L'audience de mise en observation : un script commun pour la qualification

La loi ne précise pas comment les audiences sont censées être tenues. À l'observation, on remarque cependant un script relativement commun. Je propose d'en suivre le déroulement afin de montrer les manières situées d'organiser le travail d'interprétation des faits et d'expression des attentes normatives, c'est-à-dire *in fine* de produire une qualification. Je vais donc essayer de caractériser ici l'audience d'un point de vue *interne*, c'est-à-dire à partir des interactions et des communications produites entre les participants. Le déroulé est généralement expliqué au patient ou à la patiente en début d'audience :

> *Il s'agit ici d'une assez jeune patiente (entre 25 et 30 ans). Elle entre dans la pièce, et semble très angoissée. Ses mouvements sont très rigides, elle se presse vers sa chaise sans regarder dans la salle (où nous sommes nombreux). Elle pose la convocation pour l'audience (qu'elle tenait en main) sur la table, et plonge ses yeux dedans. Ses bras sont croisés, chaque main sur l'épaule opposée.*
>
> **Juge** : Bonjour madame… Je vous fais les présentations…
>
> **Patiente** : Il y a trop de monde… il y a trop de monde…
>
> **Juge** : Il y a beaucoup de monde effectivement…
>
> **Avocat** : ça vous fait peur ?
>
> **Patiente** [bras croisés, tête rentrée, fixe sa feuille] : non, mais je ne suis pas très bien quand il y a trop de monde.
>
> **Greffière** : On ouvre un peu la fenêtre ?

Patiente : Oui ! [avocat se lève et ouvre la fenêtre]

Juge [empathique] : ça va mieux ?

Patiente : Baisser le chauffage peut-être ?

Avocat [s'adressant à la patiente] : ça va aller…

Juge : Il n'y a pas de chauffage… On va ouvrir la fenêtre tout à fait… Alors, moi je suis madame [nom], la juge de paix. Voici, madame [nom], la greffière, ici des stagiaires en droit, là des stagiaires en médecine, vous avez votre médecin traitant et vous avez votre avocat… OK ? Bon alors, je vais d'abord écouter ce qu'a à me dire le médecin par rapport à vous, et puis je vous poserai des questions…

Patiente : OK.

Juge : Puis nous écoutons ensemble votre avocat, puis… vous voulez que j'entende votre maman ?

Patiente : Si vous voulez…

Juge : On verra après… Puisqu'elle est là, je la ferai rentrer.

On peut donc généralement distinguer plusieurs temps distincts dans l'audience. En ce sens, une des juges observées parlait de « pièce en plusieurs actes ». Dans cette « pièce », trois « actes » sont nécessairement présents : (1) la présentation du « cas » par le ou la psychiatre, (2) la parole donnée à la personne au cœur de l'audience, (3) la parole donnée à l'avocat. Lorsque la famille est présente à l'audience, un quatrième « acte » consiste en un tour de parole pour les membres de la famille qui souhaitent s'exprimer. Je suivrai ce script pour présenter les différents intervenants et montrer les manières dont ils participent à la qualification des personnes.

7.2.1. « La parole est au psychiatre » : le cas à juger sous description médicale

Généralement, la juge, après introduction, commence par donner la parole au médecin présent à l'audience. Deux types de demandes peuvent être adressées à la juge de la part des médecins : la levée de la mesure ou sa confirmation. Je me pencherai évidemment sur la demande de confirmation, il convient cependant d'envisager la demande de levée.

7.2.1.1. Deux types de demandes adressées à l'audience

Bien que la loi PPMM précise qu'à tout moment, « le médecin-chef de service » constatant « que l'état du malade ne justifie plus cette mesure » peut mettre fin à la mise en observation (art.12), on remarque qu'il est relativement fréquent que les médecins aillent jusqu'à l'audience pour demander la levée de la mesure. Il me semble que trois types de raison à cela peuvent être invoqués.

Levée judiciaire

Premièrement, dans certains cas, il s'agit pour le médecin de laisser la responsabilité au pouvoir judiciaire. Dans un contexte où les intervenants craignent parfois de prendre la responsabilité de laisser sortir un patient ou une patiente, il peut être plus commode d'attendre l'audience pour demander à la juge une levée de la mesure, lui renvoyant la responsabilité de la décision. Il peut donc paraître plus simple pour le médecin d'attendre la décision judiciaire. Une des juges observées me parlait de la

« technique du parapluie[336] » qu'elle voyait souvent à l'œuvre chez les médecins. Par exemple :

> Le psychiatre explique l'intervention de la police sur la voie publique : le patient aurait eu « une conduite agressive vis-à-vis des passants » et des « comportements désorganisés ». Le psychiatre estime que « Monsieur nécessite des soins, au vu de la dangerosité de ce qui s'est présenté par le passé ». Le psychiatre n'insiste néanmoins pas énormément sur la dimension contrainte.
>
> **Juge** : Si je vous entends, entre les lignes, vous n'insistez pas avec la dernière énergie pour une mise en observation ?
>
> **Psychiatre** : Voilà ! [rires]
>
> **Juge** : Vous me renvoyez la patate chaude donc ?
>
> **Psychiatre** : C'est un petit peu ça… [rires]

Une deuxième raison qui semble pousser les psychiatres à aller jusqu'à l'audience pour demander une levée de la mesure réside dans la volonté de s'appuyer sur la dimension cérémoniale de l'audience. Il s'agit alors de profiter du caractère officiel de ce type d'occasion sociale pour jouer sur des dimensions de responsabilité de la personne. Cela peut aller dans les deux sens. Dans certains cas, l'audience sert à adresser des félicitations à la personne pour ses progrès, pour son rapport adéquat aux soins, etc. Ainsi, cette manière de clôturer une audience, particulièrement courte :

---

[336] Cette image du parapluie est souvent mobilisée dans les entretiens et les discussions que j'ai eus avec des intervenants. Elle vise à exprimer la crainte des intervenants de prendre le risque de laisser sortir un patient qui passerait à l'acte.

Juge : [sur un ton enjoué] OK ! Allez, je vois que vous êtes sur la bonne voie. On va lever, hein ! Voilà !

Patiente [se lève] : Merci beaucoup ! Bonne journée.

Juge : Au revoir madame. Continuez comme ça et bon voyage !

[Tout le monde salue la patiente. Elle passe la porte, puis se retourne]

Patiente : Et je vais venir de temps en temps pour dire bonjour !

Psychiatre : Ah, mais volontiers !

Dans d'autres cas, le caractère cérémonial et public de l'audience est utilisé, à l'inverse, pour responsabiliser le patient, c'est en particulier ce que l'on peut voir dans cet extrait de mon carnet d'entretien. L'audience observée concerne un homme d'une quarantaine d'années, qui a de multiples problèmes d'addiction (principalement cocaïne) et qui a été hospitalisé à la suite d'une décompensation psychiatrique, s'étant manifestée essentiellement par le fait d'entendre des voix. Les intervenants s'accordent sur le fait que la place de cette personne n'est pas en service fermé, il lui est signifié la levée de la mesure, non sans la responsabiliser en s'appuyant sur la dimension pénale de l'audience :

Juge : Bonjour Monsieur. Alors, nous allons faire ainsi, je vais écouter d'abord votre médecin, puis je vous poserai des questions, puis nous écoutons ensemble votre avocat, ça va ? Docteur, je vous écoute.

Psychiatre : Oui, merci. Alors, je vous présente monsieur Ben Arfa… Qui est chez nous depuis le 23, donc lundi passé… qui a été mis en observation parce qu'il y avait de

l'errance en rue… Euh… le weekend où la mise en observation a été lancée, il fait encore vraiment froid, alors c'était un peu sensible, un peu dangereux pour lui. En plus, quand il est entré aux urgences, il aurait été agressif. C'est pour ça que la mise en observation a été lancée. Pour le contexte, monsieur est allé aux urgences sur propre initiative, il est demandeur de soins. Il a un problème de consommation de plusieurs substances : cannabis, alcool, cocaïne…

Juge [fait un son attristé] : hmmm…

Psychiatre :… depuis quelque temps déjà hein ! Alors, monsieur s'est rendu le 17 janvier à l'[unité d'hospitalisation volontaire] pour un sevrage. Il est demandeur de continuer ce trajet-là, mais bon, entretemps, il y a quelque chose qui s'est passé. Bon, il n'y a pas d'antécédents psychiatriques… Il y a la possibilité d'un trouble psychotique induit par la consommation, mais actuellement je ne crois pas que monsieur pose du danger… Il est demandeur de soins, il veut continuer son trajet, alors je crois qu'on peut lever la mesure, mais…

Juge : Et pourquoi vous ne l'avez pas levée plus tôt ?

Docteur : Parce que voilà… Je voulais encore le dire ici…

Juge : Avoir l'audience…

Docteur : Avoir ce moment pour lui redire que sa consommation pose un problème… Et voilà, vous aussi de votre côté juridique…

Juge : OK ! Monsieur… Voyons les choses en face, qu'est-ce qui a fait que vous vous retrouvez en caleçon [elle insiste fort sur ce dernier mot] en rue au mois de janvier ?

Patient [posture très prostrée, tête renfoncée, il semble s'excuser, il parle bas] : En fait, j'avais l'impression que ma

tête, elle allait exploser… En fait, j'avais des voix dans ma tête. C'est pour ça que j'ai… j'ai…

Juge : Hm hm… ça vient d'où ?

Patient : Je ne sais pas d'où ça vient… ça… ça… ça parle juste dans ma tête en fait.

Juge : hm… Coca… oui, oui… y a pas 36 réponses hein ! Il y en a une ! Alors bon, que les choses soient claires, je vais être très claire avec vous, oui ? Je veux bien lever la mesure aujourd'hui et vous faire confiance, oui ? Je ne fais ça qu'une fois. En plus, ce sera marqué dans mon jugement, et tous mes collègues sauront que je vous ai déjà fait confiance une fois. Ça m'étonnerait qu'eux vous laissent une seconde chance après ça. OK ? Donc tout dépend de vous ! Alors, vous allez me faire la promesse que vous allez faire la cure de sevrage, prendre le traitement et respecter le suivi, tel qui vous est prescrit par l'équipe de [l'hôpital]. Et que vous resterez hospitalisé volontairement, le temps que l'équipe estime nécessaire et pas que vous estimez nécessaire…

Patient [tout bas, tête baissée, se tient les mains] : oui…

Juge : Madame la Greffière va noter cette promesse et vous allez la signer

[…]

Juge : Cette fois-ci, vous y avez encore échappé belle, hein ! Mais quand la drogue fait que vous commencez à avoir des voix, j'ai déjà vu beaucoup de morts, hein ! Quand les voix ont dit « il faut arrêter le train » ou « il faut se jeter de la fenêtre »…

Patient : Oui, je sais…

Juge [hausse un peu le ton] : Mais c'est vous qui les prenez hein les drogues, ce n'est pas moi hein ! Bon… [elle prend le papier que lui tend la greffière et lit] vous me

faites la promesse que vous allez suivre un sevrage, prendre le traitement et respecter le suivi qui est prescrit par l'équipe médicosociale du [hôpital] et de rester hospitalisé le temps que cela est nécessaire ! OK ! Voilà, vous signez là ! [Il signe en s'appliquant, puis rend le papier] Voilà… Alors monsieur, ce ne sera pas facile hein ! Je vous souhaite beaucoup de courage…

Patient [il s'incline, les yeux toujours baissés] : Merci…

Juge : Mais vous allez tenir le coup, hein !

Patient : OK… Merci beaucoup…

On le voit, la juge et la psychiatre s'allient dans un travail de responsabilisation du patient, jugé apte à engager un travail de soin. La psychiatre évoque cette volonté auprès de la juge (*avoir ce moment pour lui redire que sa consommation pose un problème… Et voilà, vous aussi de votre côté juridique…*), ce sur quoi cette dernière embraie. De ce fait, elles aménagent un régime conditionnel, proche de la mise à l'essai, à partir d'une certaine application de la loi du 26 juin 1990. L'audience est l'occasion d'organiser ce régime, et surtout de le mettre en mots. Cette instrumentalisation du caractère formel et cérémonial de l'audience permet de faire jouer la responsabilité du patient que ce soit pour conditionnaliser sa sortie, dans une association de l'hospitalisation à une sanction, ou à l'inverse pour le féliciter des efforts produits et de l'évolution de son état.

Demander la confirmation de la mesure

Néanmoins, l'audience est plus souvent l'occasion d'une demande de confirmation de la mesure : le ou la psychiatre vient à l'audience avec une demande de qualification de la

personne à partir de la catégorie, implicite à la loi, de « personne malade mentale à protéger ». Pour ce faire, il va s'agir de présenter une série d'éléments à la juge. Il faut noter, au préalable, la difficulté que cela comporte du point de vue des rôles endossés dans ce dispositif : le médecin demandeur de la mesure est généralement aussi le médecin traitant au sein du service. De ce fait, le médecin est pris au centre d'injonctions contradictoires : il s'agit d'une part de préserver la confiance qui lui est octroyée par le/la patient. e, tout en donnant des éléments suffisants au juge pour appliquer la catégorie de *personne malade mentale à protéger* (qualification). Dans cet exercice, le psychiatre risque de se confronter à deux écueils. Tout d'abord, il risque de fragiliser l'alliance thérapeutique par le dévoilement d'éléments qui, dans une relation normale de soin, ne sont pas dévoilés à un tiers. Il y a alors un enjeu majeur à trouver des manières de communiquer des éléments à la juge, sans trahir de manière trop frontale la confiance du patient. Deuxièmement, les dires du psychiatre s'exposent à une contradiction directe par la personne présente à l'audience. Les éléments avancés sont alors potentiellement amoindris dans leur force de preuve — dans la mesure cependant des pouvoirs définitionnels respectifs des personnes en présence : l'ensemble des dimensions expressives de la présentation de soi et les enjeux de statuts des différents participants configurent la communication, conférant des poids différents aux discours de chacun et chacune. Néanmoins, le discours psychiatrique reste menacé par ces deux risques.

7.2.1.2. Le cas sous description médicale : pouvoir définitionnel du psychiatre

La parole est donc donnée en premier lieu au psychiatre, chargé de décrire de manière circonstanciée l'état de la personne, ce qui a mené à son hospitalisation et les raisons qui justifieraient le maintien de celle-ci. Le psychiatre relate dès lors les conclusions de son enquête, ainsi d'ailleurs que les moyens de celle-ci[337]. L'exposé classique du cas par le psychiatre peut se décliner comme suit (extrait issu d'un carnet de terrain) :

> **Juge** : On va d'abord écouter le docteur… OK, docteur, je vous écoute.
>
> **Docteur** : Donc.. Euh madame Teixeira, née le 27 janvier 1968, qui a été effectivement expertisée à [hôpital bruxellois], et ensuite envoyée ici. La principale source d'anamnèse a été la fille, car madame, quand elle est arrivée ici, était effectivement très triste et n'a pas fourni une anamnèse très complète. Donc ce qu'on a pu recueillir avec l'hétéroanamnèse, c'est que madame a eu effectivement une vie assez dure, comme disent ses proches, elle a fait plusieurs hospitalisations depuis 1991, à chaque fois qu'il y a un moment de stress important, sur le travail ou en famille, madame présente des épisodes dans lesquels elle devient très triste, un peu méfiante envers son entourage, et alors cette fois-ci, c'était quand même un peu plus intense que les autres fois. Il y a eu effectivement un épisode comme ça dépressif fort, au début. Madame est ensuite devenue très fort méfiante

[337]L'insistance sur la méthode tient à l'impossibilité d'objectivation en médecine mentale. Il s'agit alors d'exposer la méthode, pour démontrer une enquête faite dans les règles.

envers son entourage, elle a présenté de l'agressivité, de la colère, des insomnies, une petite…

Patiente [voix plaintive] : J'ai agressé personne…

Docteur : Attendez, je finis, madame. Donc les proches parlent de comportements lunatiques, d'hallucinations, de troubles alimentaires, tout en ayant une tristesse, vraiment, qui est à l'avant-plan. Madame, à cause de sa paranoïa et de cette tristesse, elle a arrêté de sortir de chez elle. Avant ça, elle est quand même devenue agressive verbalement envers sa fille, et envers des clients du magasin dans lequel elle travaille. Après quoi, elle s'est enfermée chez elle et a bloqué les portes avec des bâtons en bois pour rendre l'accès impossible. Et donc, ça a fait que les proches, surtout les filles de madame, se sont très fort inquiétés, et ont donc décidé de lancer cette mesure de mise en observation. Madame a une conscience morbide partielle, chaque fois qu'elle sort de l'hôpital, elle arrête tout traitement. On pense qu'au vu de l'histoire clinique, on serait là face à un épisode mixte, et donc on demande les quinze jours pour pouvoir la stabiliser.

Le fait que ce soit ce type de discours qui ouvre les audiences n'est pas anodin. On voit ici le privilège du point de vue psychiatrique, largement renforcé par l'organisation des tours de parole dans l'audience[338]. L'exposé psychopathologique du cas devient la version de

[338] Tartour et Barnard (2019) soutiennent à l'inverse que le fait que l'audience se termine sur une prise de parole de l'avocat est avantageux pour le patient-justiciable. D'une part, ce tour de parole étant le dernier, c'est de celui-là que se rappellera la juge lors de sa prise de décision. D'autre part, cette place constitue une opportunité de réfutation du discours médical. Cette différence d'appréciation tient sans doute au fait que les avocats observés par mes collègues mettent en place des stratégies de défense plus élaborées que ceux que j'ai pu observer (qui tiennent à des conditions institutionnelles et matérielles, pas à des enjeux intentionnels).

référence, sur laquelle les autres acteurs ne pourront que réagir. L'évaluation médicale est dès lors rendue « saillante[339] » : elle portera sur la déviance personnelle, interprétée à partir de références médicales. De ce fait, l'ouverture de l'audience par le médecin « permet de mettre à l'avant-plan le point de vue psychiatrique qui fournit l'énoncé de base des faits imputés à un individu et sert d'étalon de mesure du témoignage des autres » (Dupret, 2005b, p. 642). Sur base de l'extrait d'entretien, on peut voir les manières de démontrer que la catégorie visée s'applique, et les critères que recouvre cette catégorie. L'évaluation n'est pas uniquement psychopathologique, il faut démontrer la dangerosité et l'absence d'alternative de soin (généralement rabattue sur le refus de soin).

[339] En sociologie des marchés, la saillance définit la constitution d'une instance comme repère cognitif et normatif partagé dont les effets pragmatiques peuvent être différenciés (appropriations diverses par les acteurs), mais qui n'en reste pas moins déterminant.

Donc les proches parlent de comportements lunatiques, d'hallucinations, de troubles alimentaires, tout en ayant une tristesse, vraiment, qui est à l'avant-plan. Madame, à cause de sa paranoïa et de cette tristesse, elle a arrêté de sortir de chez elle. Avant ça, elle est quand même **devenue agressive verbalement envers sa fille, et envers des clients du magasin dans lequel elle travaille**. Après quoi, elle s'est **enfermée chez elle et a bloqué les portes avec des bâtons en bois pour rendre l'accès impossible**. Et donc, ça a fait que les proches, surtout les filles de madame, se sont très fort inquiétées, et ont donc décidé de lancer cette mesure de mise en observation. Madame a **une conscience morbide partielle, chaque fois qu'elle sort de l'hôpital, elle arrête tout traitement.** On pense qu'au vu de l'histoire clinique, **on serait là face à un épisode mixte**, et donc on demande les quinze jours pour pouvoir la stabiliser.

→ Dangerosité pour autrui

→ Dangerosité pour soi

→ Absence d'alternative de soin

→ Maladie mentale

Comme le note Holstein (1987), la qualification peut être appuyée par deux types d'éléments discursifs : des comptes-rendus généraux de l'état du patient et la description d'éléments factuels inconvenants. Les comptes-rendus généraux consistent notamment en un

ensemble de catégories cliniques, plus ou moins médicales : « comportements lunatiques», « hallucinations », « troubles alimentaires », « paranoïa », « conscience morbide partielle », etc. Ces comptes-rendus s'appuient donc sur des catégories de portée large, dont l'usage est légitime en vertu du pouvoir définitionnel reconnu au médecin. Il semble néanmoins que cela ne suffise pas, les demandes devant être circonstanciées. Les discours médicaux articulent donc aux catégories larges des éléments empiriques, spécifiques aux personnes et à leur histoire biographique. Ainsi, lorsque le médecin explique que la patiente « a une conscience morbide partielle », il ajoute un contenu empirique spécifique à cette catégorisation : « chaque fois qu'elle sort de l'hôpital, elle arrête tout traitement ».

Ces seconds éléments tiennent plutôt de l'anecdotique, et viennent composer un tableau clinique par la juxtaposition de faits rapportés de comportements inconvenants : la patiente est « devenue agressive verbalement envers sa fille, et envers des clients du magasin dans lequel elle travaille », elle s'est « enfermée chez elle et a bloqué les portes avec des bâtons en bois pour rendre l'accès impossible ». Ce type d'élément, dont la force de preuve repose sur l'inconvenance très claire des comportements rapportés, porte cependant le risque d'être réfuté. Étant donné qu'il s'agit d'éléments rapportés, ils s'exposent à la réfutation de leur factualité ou de l'interprétation qui en est donnée.

Bien que généralement la juge soit très soucieuse de faire respecter les tours de parole, la description médicale faite par le psychiatre s'expose donc à diverses formes de réfutation. La personne est exposée au récit détaillé de son existence, de ses conduites problématiques et à leur problématisation psychopathologique par le docteur. La personne « entend alors son parcours être mis en récit, ses troubles détaillés, ses comportements interprétés, ses facteurs de risque et de protection discutés, ses modes de vie jugés, ses projections évaluées, parfois raillées quand elles paraissent trop irréalistes » (Sallée *et al.*, p. 364-365). Pendant ce temps, elle est sommée de se taire et écouter[340]. Elle est souvent rappelée à l'ordre — sachant que son éventuelle incapacité à se tenir, à écouter en attendant son tour, pourra être retenue contre elle.

> **Juge** : Attendez une minute… Maintenant, j'ai des questions pour le docteur. Bon, certes, je vois bien que madame est logorrhéique, que madame est…
>
> **Patiente** [intervient, des sanglots dans la voix] : Tout ce que j'ai dit, c'est la vérité !
>
> **Juge** : Chut madame. Euh… bon, elle gère très mal cette situation de séparation…
>
> **Patiente** : J'ai…
>
> **Juge** [hausse le ton] : Attendez, madame !... Mais bon, c'est clair que j'ai une victime et pas un auteur, hein. Et pour moi, il est quand même important de savoir si

340 Ainsi : « Les tensions les plus palpables réfèrent sans aucun doute aux premières minutes de l'audience, qui demandent à la personne accusée de s'ajuster rapidement au rôle qui lui est attribué et qui impliquent le respect d'un certain décorum auquel il est impossible de déroger. » (Pariseau-Legault *et al.*, 2021, p. 49)

madame est un danger pour elle-même… [la patiente essaie d'intervenir, son avocat lui fait un grand signe de se taire, la juge intervient, énervée] Si vous ne savez pas vous taire ça veut dire qu'il faut imposer quelque chose hein ! Donc, vous avez tout intérêt à m'écouter. Alors, je vois bien qu'il y a quelque chose… est-ce que c'est une maladie, est-ce que c'est des… euh… une dépression…

Patiente : Ce n'est pas vraiment…

Juge [ton très énervé] : Non, madame, je ne vous pose pas la question, je pose la question au médecin. Si vous ne savez pas écouter, ça veut dire qu'il y a un vrai problème, et qu'il y a lieu de vous hospitaliser. Donc, dans votre intérêt, taisez-vous ! [se tournant vers le médecin :] Est-ce qu'il y a un danger ?

Docteur : Euh… Il y a un trouble paranoïaque, et euh… il n'y a pas de délire franc, mais… Elle ne s'alimente plus, elle s'isole chez elle. Le problème c'est que le risque suicidaire est assez élevé parce que…

Patiente : C'est ma fille qui a essayé de se suicider quand son père est parti…

Docteur : Je parle juste de risque, hein. On a…

Patiente : Je n'ai pas mis ma vie en risque !

Juge : Madame, je viens de vous expliquer qu'il faut vous taire. Si vous ne voulez pas être enfermée, il faut vous taire.

Patiente : Mais alors, juste laissez-moi juste terminer de parler…

Juge [lassée] : Non.

Néanmoins, lors de mes observations, j'ai remarqué quelques stratégies typiques de réfutation de l'exposé médical du cas. Parfois, celles-ci peuvent ébranler la

description médicale du cas, lorsque le patient ou la patiente est capable de donner des gages très forts de compétence interactionnelle, de donner le change.

Parmi les différentes manières de rendre compte du trouble (qu'il soit rapporté, ou manifeste), la maladie mentale est celle qui est la plus disponible (induite par le cadre général, par la question posée et par l'expertise mobilisée). Le psychiatre présente donc les éléments à l'appui de cette hypothèse, permettant une qualification à partir de la catégorie de *personne malade mentale à protéger*. En raison de la dimension peu objectivable des éléments rapportés, il s'agit de démontrer que l'enquête a été effectuée de manière correcte. Pour cela, le psychiatre doit insister sur la familiarité, ce qui donne lieu à des exposés qui commencent par la démonstration de la connaissance de la famille par exemple. De là naît la première manière de contester l'expertise médicale en remettant en question la légitimité de l'expert au nom de son absence de familiarité avec la personne.

> **Psychiatre** : Merci madame la juge… Voilà, moi je vous avoue que je suis relativement inquiet pour monsieur… Il se semble assez déstructuré…
>
> **Patient** : Mais qu'est-ce que vous en savez ? Vous ne m'avez pas vu une fois !

La validité du discours psychiatrique est déniée au nom du fait de ses conditions de production et de l'illégitimité de la personne qui le porte. Il s'agit pour la personne de mettre en évidence un décalage entre les attentes qu'on peut avoir vis-à-vis du psychiatre expert devant un tribunal et sa performance lorsqu'il présente le cas. Comme le note

Dupret (2005b) : « c'est précisément la mise en évidence de cet écart, parce qu'elle amène le témoin à devoir s'en justifier, qui introduit un coin dans sa crédibilité et, partant, dans les fondements de son autorité médicale. » (p. 643). Ici, l'écart est pointé à partir du fait que le psychiatre ne pourrait pas tenir un tel discours, puisqu'il n'a pas suffisamment vu le patient. C'est la familiarité avec le patient qui est remise en question[341]. Une autre stratégie, moins porteuse peut-être cependant, peut consister en la remise en question de la prétention du psychiatre à être expert. Il s'agit alors de le confronter non pas sur les modalités de l'enquête, mais sur sa maîtrise de la discipline et du cadre de référence qu'il mobilise. On dénie alors la légitimité de l'expertise du psychiatre, non pas au nom de son absence de familiarité avec le patient, mais à travers la remise en question de sa compétence même à produire un avis. Ainsi, cet extrait issu de mon carnet d'entretien :

> **Juge** : La parole est à vous maintenant, madame…
> **Patiente** [à l'adresse du psychiatre] : Oui première chose : le diagnostic c'est « trouble bipolaire à tendance maniaco-dépressive », je sais que ce n'est pas votre langue [le psychiatre n'est pas francophone], mais faites au moins un effort !

Une autre forme de dénégation du discours médical ne porte pas sur la personne qui le produit, et sa compétence ou sa légitimité, mais sur les interprétations qui sont

[341] Celle-ci est souvent l'enjeu de débat et de dispute. Il est intéressant de noter à ce titre par exemple que les psychiatres tendent à donner des gages aux juges, par exemple en citant les prénoms des enfants d'un patient. Ça montre à quel point cette nécessité est internalisée par les psychiatres.

produites. Il s'agit alors de désymptomatiser les éléments avancés. C'est quelque chose qu'on voit à l'œuvre dans cet extrait du carnet d'entretien, concernant l'audience d'une patiente qui donnait, de l'avis de la juge, particulièrement bien le change. Elle parviendra d'ailleurs à faire douter cette dernière, opposant systématiquement une version contradictoire à celle proposée par le psychiatre.

> **Psychiatre** : J'ai reçu des photos de la part de ses colocataires, l'appartement est vraiment en désordre…
>
> **Patient** : Oui, comme je vous l'ai dit, je déménage !
>
> **Psychiatre** : On voit une grande négligence hygiénique, il y a des amas de détritus partout, de la nourriture pourrie dans les pots de fleurs…
>
> **Patiente** [elle éclate de rire] : Mais c'est de la permaculture !
>
> (…)
>
> **Psychiatre** : Madame aurait été retrouvée seule dans des villes étrangères…
>
> **Patiente** : Ça s'appelle voyager, oui !
>
> **Psychiatre** : Elle projetterait encore des voyages à l'étranger cet été…
>
> **Patiente** : J'ai la chance d'avoir les moyens pour partir chaque année !

La désymptomatisation consiste en un déplacement au sein d'un autre cadre de référence et d'interprétation. Ainsi, elle est une opération de mise à mal de la structure de contraste dont j'ai parlé dans le chapitre précédent. Le *fait brut* de laisser des déchets organiques dans des pots de fleurs n'est pas signifiant en soi, puisqu'il peut être le signe d'un manque d'hygiène (détritus) autant que d'une

pratique spécifique de jardinage (compost). Ainsi, chaque élément anecdotique peut être replacé au sein d'un autre cadre de référence, qui en atténue radicalement la force symptomatique. Ce travail peut encore être opéré au niveau des comptes-rendus généraux, en particulier par une opération de politisation. Ainsi, cette jeune patiente qui refuse le diagnostic de maladie mentale :

> **Psychiatre** : Voilà madame est très intelligente, mais je pense que là, il y a peut-être une difficulté, quelque chose à creuser… En tout cas, vu son état actuel, je pense que ce serait bien qu'elle reste encore un peu à l'hôpital…
>
> **Patiente** : Évidemment, ça fait 3000 ans qu'on dit des femmes de sciences qu'elles sont maniaques !

Ici, il s'agit donc de déplacer le contexte de problématisation du trouble, en réfutant notamment l'idée qu'il tient d'un problème personnel pour le signifier à partir d'une perspective politique sur la société et l'ordre patriarcal.

Il est intéressant de voir que la réfutation de la symptomatisation n'est pas prise en charge uniquement par la personne. Ainsi, on peut voir une opposition structurelle, parfois activée, entre la posture psychiatrique qui tendrait à symptomatiser des conduites, et une posture juridique, plus libérale-légaliste. Parfois, la juge, l'avocate ou l'avocat de la personne va également jouer un rôle majeur dans le refus d'un certain *impérialisme psychiatrique* par le rejet de certaines symptomatisations jugées hâtives. C'est par exemple le cas dans cette audience :

> On donne la parole à la patiente, qui fond en larmes. La juge lui donne un mouchoir. Il lui propose un verre d'eau.

> Elle se plaint de la séparation avec sa fille. La juge évoque la sœur de la patiente, avec qui l'équipe médicale a eu des contacts. La patiente s'arrête de pleurer et dit : « ce ne sont pas mes sœurs ! » Elle nie l'existence de ses sœurs. La psychiatre adresse un regard entendu et insistant au juge — la dénégation de l'existence des sœurs semble être une preuve irréfutable de la condition psychiatrique de la patiente. La juge, s'adressant à la psychiatre, commente : « Oui, enfin, la loi n'oblige pas à aimer ses sœurs ! »

Ces diverses formes de réfutation possibles, malgré leur félicité variable, et le plus souvent faible, puisqu'inscrite dans des rapports différentiels de pouvoir de définition, montrent bien néanmoins la fragilité *en soi* de l'expertise psychiatrique telle que mise en œuvre à l'audience. Un·e psychiatre doit demander la confirmation d'une mesure pour des patients présents dans le service depuis peu de temps, dans un contexte d'incertitude et à partir, le plus souvent, d'informations de deuxième main (rapport médical, hétéroanamnèse familiale, etc.) voire de troisième main (récit du contexte d'interpellation, passé psychiatrique évoqué par les proches, etc.). Les éléments avancés à l'appui d'une qualification en tant que *personne malade mentale à protéger* sont dès lors relativement fragiles. Bien sûr il est possible de s'appuyer sur d'autres éléments plus solides, ne serait-ce que parce qu'ils ont une force *scripturale*[342], tels que les rapports médicaux, il subsiste généralement une incertitude. A priori, la version

[342]Dorothy Smith (1974 ; 1978 ; 2018), Renaud Dulong (1997) et Luc Boltanski (2008 ; 2009) ont montré, à partir de différentes perspectives théoriques certes distinctes, mais pas inconciliables, la force de l'écrit dans la constitution des faits, et plus largement, dans la stabilisation des versions institutionnelles de la réalité. J'ai évoqué ces questions dans le chapitre 6 à propos des lettres de requêtes — je n'y reviens donc pas ici.

psychiatrique des faits ne tient à ce stade qu'en vertu du pouvoir de définition conféré à la personne en blouse blanche.

7.2.2. « C'est à vous maintenant » : tester la compétence de la personne, tester la responsabilité de la personne

Il s'agit alors pour la juge d'évaluer l'état de la personne à partir de la manière dont elle se comporte à l'audience. En effet, ce que la personne dit, et la manière avec laquelle elle le dit, constitue un matériau symptomatique potentiel, c'est-à-dire des *bonnes raisons*, matériellement constatables et directes, de qualifier la personne comme *personne malade mentale à protéger*. Le fait de lui donner la parole correspond aussi à une récolte de données. Comme l'ont noté Holstein (1988b ; 1993) ainsi que Tartour et Barnard (2019), les prises de parole des personnes au centre de ce type d'audience constituent alors un véritable enjeu, pouvant faire basculer la décision finale dans un sens ou l'autre. Il semble possible d'analyser le tour de parole donné au patient, en second lieu, après présentation de son cas sous description psychiatrique, comme une manière de tester la validité de l'application de la catégorie, et donc de l'hospitalisation contrainte. Ce *test* me semble porter sur deux aspects : la compétence discursive et interactionnelle de la personne, dans la situation d'audience, prise comme un étalon de son état de vulnérabilité psychique, et sa capacité à se prendre en charge, c'est-à-dire à se comporter de manière autonome

et réflexive, idéalement en reconnaissant la réalité de la situation pathologique.

Le tour de parole de la personne au cœur de l'audience constitue un moment crucial, à travers lequel les participants vont se faire une idée sur son état mental et la nécessité de l'hospitaliser. Bien sûr, je l'ai souligné dans la section précédente, cette idée se construit déjà en partie sur l'apprêtement, l'allure[343] et l'hygiène de cette personne. Le fait qu'elle soit en pyjama médical, plus ou moins sédatée, éventuellement contentionnée, mais aussi ses attitudes corporelles, ses manières de se mouvoir ou de poser son regard, vont être déterminants dans l'opération de (pré)qualification. Une série d'éléments sont déjà perçus sur un mode pathique, plus affectuel et immédiat, selon une « sémiose de la bizarrerie » pour reprendre l'expression de Mathieu Berger (2021). Néanmoins, la prise de parole de la personne constitue une occasion de tester dans quelle mesure sa qualification comme *personne malade mentale à protéger* est adéquate. Ce *test* est opéré sur deux dimensions, celle de la compétence locale de la personne et celle de sa capacité supposée.

7.2.2.1. Tester la compétence de la personne

Dans un contexte d'incertitude, l'incompétence locale de la personne, en tant qu'interactrice, va (pouvoir) valoir comme symptôme psychopathologique. Par « compétence », on entendra, dans un sens tout goffmanien, l'ensemble des aptitudes personnelles « qui

[343] Sur la notion d'« allure » et son usage dans les opérations de catégorisation, on se référera à l'article de Stavo-Debauge (2021).

font d'un individu un interactant viable » et permettent « le maintien du flux des interactions » (Le Goff, 2012, p. 390). Cette compétence peut être évaluée à partir de la manière qu'a la personne de communiquer et de se conduire durant l'audience. En ce sens, les questions ouvertes qui initient ce tour de parole constituent une manière propice de faire advenir le « *crazy talk* », c'est-à-dire ce discours « censé indiquer les capacités plus générales des patients à fonctionner dans les circonstances de la vie quotidienne[344] » (Holstein, 1988b, p. 461). Le fait de donner la parole au patient est une manière de produire éventuellement des conduites ou des discours bizarres, qui viendront soutenir ensuite la nécessité de requalifier la personne. Dans un contexte où aucune information disponible ne peut faire office de *preuve*, la juge doit souvent se reposer sur ses capacités d'enquête en récoltant des données dans l'interaction[345] (Maynard, 1998).

Bien sûr, le fait de donner la parole à la personne ne peut être réduit à cette seule stratégie de production de *crazy talk*. Le droit de la défense et le débat contradictoire sont des principes constitutifs de l'identité fière des juges rencontrées lors de mes observations. En outre, on peut voir également un souci de donner la parole, de manifester une écoute, de reconnaître les revendications de la

[344] Ma trad. : « *This talk is thought to index patients' more general abilities to function in everyday circumstances.* »

[345] Lorsque le « cas » est peu douteux (c'est-à-dire que tous les participants s'accordent sur la validité de la qualification comme *personne malade mentale à protéger*), les discussions sont d'ailleurs généralement très courtes, répondant à la seule nécessité formelle du respect du contradictoire, et de la nécessité légale d'entendre toutes les parties.

personne, dans un contexte qui n'offre pas d'autres occasions de le faire. La posture empathique réelle ne peut donc être écartée : le fait de donner la parole au patient ne peut être réduit à une seule stratégie *pour le pousser à la faute*. Néanmoins, le tour de parole du patient constitue un moment propice à l'évaluation de sa compétence, et donc à l'élaboration d'une qualification.

Dans un contexte où, je l'ai souligné, la plupart des éléments de preuves sont rapportés, et donc peu évaluables dans leur matérialité, il est souvent intéressant pour la juge de tester *in vivo* la compétence de la personne dans l'interaction, et d'évaluer son état et la nécessité d'une hospitalisation à partir de là. Il va alors s'agir de faire parler le patient ou la patiente, d'aller *à la pêche* aux symptômes dans l'interaction. Ces symptômes peuvent être liés aux manières de s'exprimer, aux manières d'être et de se conduire, c'est-à-dire des dimensions « expressives » de la communication, mais aussi au contenu discursif qu'elle met en jeu. Ce contenu peut être recherché à travers certaines stratégies dans la discussion. Ainsi, dans l'extrait du carnet de terrain qui suit, on voit comme la juge va mener un interrogatoire, visant à faire parler la patiente de son interpellation, mais aussi de sa médication et de sa maladie supposée.

> La patiente entre dans la salle, suivie de son médecin. Neuf personnes sont déjà présentes dans la salle, tout le monde tourne son regard vers elle. Il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années. Malgré un air un peu sédaté, elle se tient très droite et digne. Elle porte un foulard africain, très coloré et à motifs fleuris. Il semble qu'elle soit habillée d'une robe en laine, sur laquelle elle a ajouté deux blouses

hospitalières, portées l'une sur l'autre. La première à longues manches, sur laquelle elle a ajouté une blouse à manche courte. Sur sa joue gauche, elle a un sparadrap, collé en diagonale. Elle porte un sac à main rempli de papiers divers, et une pochette en plastique également rempli de papiers. La patiente fait un tour de la salle avec ses yeux.

La juge donne d'abord la parole au psychiatre qui relate le contexte d'interpellation : des policiers auraient trouvé la patiente qui « présentait un comportement et un discours déstructuré, et incohérent » au supermarché. Ils auraient lancé la Nixon. La patiente veut intervenir à de multiples reprises pendant que le psychiatre relate les faits, la juge et son avocat la rappellent à l'ordre à chaque fois. Le psychiatre demande les 40 jours « pour stabiliser l'état de madame », parce qu'elle ne lui semble « pas apte à rentrer chez elle avec cette absence de conscience morbide et son tableau clinique actuel ». Il conclut en indiquant l'absence de passé psychiatrique de la patiente.

Juge [s'adressant à la patiente] : Maintenant, c'est à vous…

Patiente : Je voudrais juste rebondir sur ce qu'il a dit comme quoi je faisais mes courses, et les passants ont appelé la police. Je réponds. Je faisais mes courses justement. Je suis rentrée chez [magasin], à [quartier]. Et là, un monsieur m'a demandé… Il est venu sur le côté comme ça, il m'a dit « ça va ? » et j'ai dit « non, on m'a embêté », puis j'ai passé mon chemin. Après, j'ai vu le bus, comme d'habitude. Je rentre dedans. Il rentre, carrément dans le bus ! Il me prend… Il m'empoigne et il me met par terre. Donc j'ai des traces ici.

[elle montre son sparadrap, et commence à essayer de le décoller]

Juge [en faisant non avec ses deux mains] : Il ne faut pas l'enlever hein ! ça va, ça va.

Patiente : Non, je vais vous montrer…

[Silence pendant qu'elle enlève. Elle montre sa joue, il n'y a aucune trace. Elle fait une boule avec le sparadrap décollé, cherche où le mettre, puis le met dans une des poches de son sac. La scène a pris deux ou trois secondes, elle reprend]

Patiente : Donc il m'empoigne et me met par terre. Je me bats, pour savoir ce qu'il se passe. Je n'ai rien fait !

Juge : Et c'étaient des policiers ça ?

Patiente : Ils n'étaient pas habillés en policier… C'est après qu'ils ont dit, avec le brassard. J'ai crié très fort. J'ai crié « Qu'est-ce qu'il se passe ? » Mais ils sortaient d'une voiture noire. Vous voyez ? Un véhicule noir.

Juge : Oui, mais il y a des policiers qui ont des véhicules noirs, oui.

Patiente : [propos inaudibles]

Juge : Oui, ben il y a des policiers en civil, ça existe oui !

Patiente : Ils ont voulu me menotter. J'ai refusé, j'ai refusé. Tout ici, c'était en feu. [elle montre ses avant-bras] Regardez !

Juge : Dites-moi un peu, madame, votre médecin, il vous donne des antidépresseurs…

Patiente : Je les reçois ici !

Juge : Pardon ?

Patiente : Mes médicaments, je les reçois ici ! Et je nie catégoriquement, je n'ai pas mordu ces gens-là. À l'autre hôpital où ils m'ont amené, ils n'ont pas vu de trace de morsure. Il n'y en avait pas. Arrivée ici, j'entends le

médecin qui en parle. Je suis étonnée. Je n'ai mordu personne !

Juge : Mais ce n'est pas grave ça. Je veux bien vous croire. Ce n'est pas de ça qu'on parle. Moi, j'aimerais savoir pourquoi vous avez besoin d'antidépresseurs.

Patiente : Je n'ai pas besoin d'antidépresseurs ! J'ai juste une tension qui est très élevée, on me donne des médicaments pour la tension, et comme j'ai fait des… Comme j'ai des plaies un peu partout, parce que j'ai fait des chutes, on me donne de l'ibuprofène pour pallier la plaie, parce que j'avais l'os…

Juge : De l'ibuprofène, je ne pense pas… je pense que ce n'est pas pour les plaies. Mais bon, moi, je ne suis pas médecin…

Patiente : C'est des antidouleurs !

Juge : Je pense que c'est encore autre chose, mais je ne suis pas médecin !

Patiente : Et des [noms de médicaments], c'est ça que je prends. Arrivée ici, les antidépresseurs ici. Quand je suis arrivée ici. Je ne comprends pas…

Juge [la coupe] : OK ! Est-ce qu'on peut entendre maintenant ensemble votre avocat ?

On voit comme la juge mène la discussion, naviguant entre divers sujets afin de voir la capacité de la patiente à tenir une conversation de manière cohérente, en respectant les contraintes thématiques et les dimensions régulatrices (relance, respect des tours de parole, etc.).

Certes, l'objectif du tour de parole donné au patient est de garantir que la personne ait la possibilité de s'exprimer sur sa situation, ses préoccupations et ses perspectives. Cela peut aider le juge à prendre une décision éclairée

concernant la nécessité ou non d'une hospitalisation. Cependant, celui-ci est également utilisé par la juge comme un moyen d'évaluer la compétence interactionnelle de la personne, c'est-à-dire sa capacité à s'exprimer clairement et à répondre de manière adéquate aux questions posées. La juge peut chercher à obtenir des informations supplémentaires sur l'état de la personne en observant comment elle communique et interagit avec les autres participants. Il va alors s'agir de laisser la personne parler, voire de l'y pousser, afin de voir si elle produit du *crazy talk*. Ce *crazy talk*, en tant qu'incompétence locale, dans un arrangement institutionnel particulier, sera alors pris comme le signe d'une incompétence intersituationnelle[346]. Ainsi, ce type de test fait écho à cette

> préoccupation ordinaire des personnes d'apprécier, à partir des signes, la fiabilité des interlocuteurs avec lesquels la communication les lie, et travailler à l'élaboration d'une phénoménologie de la responsabilité d'autrui, qui est d'abord une symptomatologie des états impropres à l'interaction communicative (Berger, 2017).

7.2.2.2. Tester la responsabilité de la personne

Le tour de parole donné à la personne ne vise pas uniquement à déceler les dimensions symptomatiques de sa prise de parole, il s'agit également de déterminer sa responsabilité. Il s'agit alors d'essayer de voir dans quelle mesure le maintien dans l'environnement est possible. Ainsi, cet échange entre la juge et une jeune patiente, de vingt ans. Elle est accompagnée à l'audience par sa grand-

[346]Ce qui est précisément la définition goffmanienne de la symptomatisation, voir chapitre 3.

mère et une personne de confiance. Il s'agit de sa deuxième mise en observation en un mois. Lors de l'audience, sa psychiatre explique que l'hospitalisation a dû être décidée suite à la « réapparition des symptômes maniformes, et de nouveau une dispute à domicile avec agressivité, cris, etc., » parce que la patiente n'avait pas suivi le traitement prescrit. L'assistante sociale ajoute ensuite être inquiète en raison de la situation sociale de la patiente : « elle n'a pas de revenus, elle n'a pas d'argent pour payer son traitement, elle est à charge de sa grand-mère qui a quand même 80 ans ». Ayant récolté l'avis des deux intervenantes, la juge donne ensuite la parole à la patiente.

> **Juge** : OK. Maintenant c'est à vous. Qu'est-ce qui s'est passé, madame ?
>
> **Patiente** : Ben justement, il y a eu une discussion entre moi et ma grand-mère à la maison.
>
> **Juge** : Avant… Avant ça. Comment ça se fait que vous n'ayez pas l'argent ? On en a discuté la dernière fois [lors de l'audience le mois précédent, où la juge avait pris la décision de lever la mesure]. Vous savez très bien que vous avez une maladie. Vous savez très bien que vous avez besoin d'un traitement. Alors, qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas d'argent pour acheter le traitement que vous savez avoir besoin ? Comment ça se fait ?
>
> **Patiente** : Ben en fait, on m'a renvoyé de tous mes travails, et euh… j'ai demandé 20 euros… J'ai cru que 20 euros ce serait assez… 20 euros à ma grand-mère, pour le traitement. Mais non, ce n'était pas du tout assez.
>
> **Juge** : Et pourquoi vous n'êtes pas retournée chez elle pour aller demander plus pour payer le pharmacien ?

Patiente : Oui, parce que c'était la dernière fois que j'avais demandé… En fait, c'était le weekend en fait. Et je voulais demander le lundi. C'était le weekend et le weekend il est fermé le pharmacien…

Juge : Faut pas pousser quand même hein. Vous allez chez le pharmacien avec 20 euros, vous savez payer une partie, vous savez que vous avez besoin de tout, et alors vous laissez passer tout le weekend avant de demander un peu plus d'argent à votre grand-mère pour payer le reste. Ça ne va pas, hein…

Patiente : Non, j'ai demandé le reste à ma grand-mère, mais je voulais repartir le lundi…

Juge : Elle vous l'a donné ?

Patiente : Bien sûr. Mais le lundi…

Juge : Mais pourquoi vous avez ? Vous avez été chercher… Qu'est-ce que vous avez acheté ? Quel médicament ?

Patiente : Pour le fer… pour le fer… j'ai besoin de mon fer…

Juge : Le fer… Et ça vous aviez acheté quand ?

Patiente : J'ai acheté le samedi… Je sais plus.

Juge : Et pour ça les 20 euros ça suffisait ?

Patiente : Oui, c'était 9 euros et quelques.

Juge : OK. Il y avait encore 10 euros. Qu'est-ce qui vous fallait pour le reste ? Combien il vous fallait pour le reste ?

Patiente : 40 euros…

Juge : Et vous les avez demandés quand alors ?

Patiente : Le weekend quand je suis re-rentrée… C'est une question d'argent et l'argent… ça vient, ça part. Je n'ai pas le CPAS, parce que c'est ça le problème, si j'avais le

CPAS, j'aurais pris. C'est pour ça que j'ai pris rendez-vous le 17 septembre, pour mon CPAS.

On voit le souci de la juge de tester la responsabilité de la patiente, sa capacité à se prendre réflexivement, à mettre à distance les comportements symptomatiques, à reconnaître la maladie. Ainsi, le fait de lui donner la parole n'est pas uniquement une manière de produire des conduites incompétentes ou bizarres qui viendront soutenir la nécessité de requalifier la personne dans un contexte d'incertitude. Il s'agit aussi de tester sa réaction au discours médical, et donc la responsabilité du patient dans sa santé. Dans un contexte où le critère d'absence d'alternative de soins est rabattu de manière assez systématique sur le rapport de la personne aux soins (acceptation ou refus), il s'agit de voir comme elle se positionne par rapport à la version médicale des faits, et à la problématisation psychopathologique de son état. L'objectif est de voir si elle fera un bon patient ou une bonne patiente à l'extérieur ou dans un parcours de soins volontaires. C'est notamment ce que la juge semble chercher à déterminer dans l'extrait : le maintien dans le milieu de vie est-il *soutenable* ? La prise de traitement est-elle possible à l'extérieur ?

Comme l'a montré James Holstein (1993), l'évaluation de la « soutenabilité » (*tenability*) du maintien dans le milieu de vie repose sur l'évaluation de diverses dimensions, tant psychologiques que sociales et environnementales. On peut dire qu'elle se déploie au creux d'une tension entre l'évaluation de la capacité de la personne, sur base des dimensions symptomatiques de ses conduites, mais aussi

de l'évaluation de sa responsabilité, et celle de sa vulnérabilité sociale, c'est-à-dire d'une considération pour ses réseaux, ses ressources financières, son environnement de vie, etc. En ce sens, l'évaluation de la soutenabilité du maintien dans le milieu de vie repose sur l'articulation entre les « défaillances sociales et matérielles » et l'« injonction à l'autonomie » (Fernandez, Gariépy, 2018).

7.2.3. « Tout le monde veut être du bon côté de la barre » : la défense

La parole est ensuite dans la plupart des cas donnée à la défense de la personne. Il faut noter le rôle ambivalent de l'avocat, à tel point que, dans la littérature, il a pu parfois être qualifié d'« agent double » (Sallée *et al.*, 2020). Ainsi, les avocats « doivent concilier les intérêts de leurs clients, souvent perçus comme "difficiles" en raison de leur état mental et de leur grande précarité, et ceux des acteurs du dispositif au sein duquel ils évoluent quotidiennement » (p. 373). Ils maintiennent alors souvent une grande distance vis-à-vis de leur mandat, surtout par des formulations ambigües qui leur permettent de jouer sur les deux tableaux, jusqu'à (souvent) aller à l'encontre des demandes de leurs clients. Il semble en effet difficile pour les avocats de s'associer trop franchement aux personnes qu'ils défendent, de porter leurs demandes sans exprimer (de manière plus ou moins explicite) leur distance par rapport à celles-ci. Ainsi, la « solidarité d'équipe » entre l'avocat et son client semble difficile à construire dans les faits. On remarque en tout cas que l'avocat négocie sa place en marquant souvent la distance vis-à-vis de son

client. Cela tient bien bien sûr aux conditions d'organisation du travail que j'ai précisé plus haut : l'avocat rencontre en général son client la veille ou l'avant-veille de l'audience, lors de sa visite dans le service. Parfois, il ne le rencontre que le jour même, quelques heures avant de passer devant le juge. Pour peu que le client soit sédaté, la communication avec lui peut être difficile. De même, s'il est agressif ou menaçant lors de son entrevue.

Pour ces raisons, la relation entre le client et son avocat peut être fragile. Il est alors sans doute difficile de plaider sur des questions qui touchent autant à l'intime, au privé, mais qui engagent aussi des rapports de confiance très fort[347]. C'est en effet également à partir de cette question de la confiance qu'on peut comprendre la réticence des avocats à porter la parole de leur client sans s'en distancier. Dans un contexte de gestion des risques psychiatriques, il semble que les avocats peinent à prendre la responsabilité de supporter pleinement les demandes de sortie de leurs clients. On peut y voir le résultat d'une évaluation psychiatrique de sens commun de leur part : ils considèrent que les impératifs de protection ou de sécurité, qui découlent de leur perception de l'état de la personne, contrebalancent la nécessité de défendre la parole de son client. Leur mandat professionnel semble alors quelque peu écorché par la nature des affaires qu'ils ont à défendre, et surtout, par l'état manifeste de leur client. Ainsi, on peut voir un souci de la part des avocats de s'insérer dans les logiques protectionnelles et

[347] On remarque d'ailleurs que les avocats sont plus revendicatifs et engagés à l'égard de leur client lorsqu'ils le connaissent de plus longue date.

sécuritaires du dispositif, par-delà même les intérêts exprimés par leur client.

Il est intéressant dans ce sens de voir à quel point les avocats dans ce type d'affaires se permettent d'aller contre la parole exprimée par leur client, se contentant de juger la conformité de la mesure, agissant donc comme soutien technique du juge. L'engagement de l'avocat vis-à-vis d'un client qu'il ne défendra qu'une fois, lors d'une audience de quelques minutes, peine sans doute à contrebalancer le rapport à la juge de paix, avec laquelle la relation professionnelle s'inscrit dans des temporalités plus longues et recommencées. En effet, les avocats montrent souvent une forte complicité avec les juges, qu'ils voient depuis des années parfois, et de manière souvent répétée. De ce fait, ils mesurent sans doute les risques liés à l'engagement de leur crédibilité professionnelle dans la défense pleine et entière d'un patient, s'ils portaient des demandes jugées démesurées au regard de ce qui apparaît *naturellement* comme s'imposant à l'ensemble des intervenants. Il ne faut pas négliger en ce sens l'importance déterminante du diagnostic profane et de la logique protectionnelle-sécuritaire du dispositif. De ce fait, plutôt que de porter la demande, souvent explicite, de levée de la mesure par leur client, ils préfèrent se retrancher derrière un avis de technique juridique, interprétant leur mission professionnelle comme celle d'un second arbitre juridique, plutôt que comme véritable porte-parole des revendications du patient-justiciable dont ils assurent la défense.

À cela vient bien sûr s'ajouter la grande difficulté à se faire porte-parole du discours d'une personne jugée (à tort ou à raison) comme malade mentale. La configuration médicale de la situation accroît bien sûr la charge stigmatique qui pèse sur leur client. Or, on sait que le propre du stigmate est qu'il se partage facilement. Dans ce type de situation, comme nous le disait une des juges après une plaidoirie qu'elle jugeait particulièrement peu en faveur du patient-justiciable : « que voulez-vous ? Tout le monde veut être du bon côté de la barre[348] ». Ainsi, les plaidoiries des avocats sont bien souvent succinctes, se contentant souvent de faire un seul commentaire juridique ou de constater si les critères légaux sont réunis ou non, par-delà la parole des patients-justiciables. Ainsi, cette audience, observée durant l'été [année]. Je dispose de peu d'informations sur la patiente, ne les ayant pas récoltées lors de mon observation. Néanmoins, ce qui est intéressant ici, c'est plus la réaction de l'avocat, dans la mesure où elle fait écho à la posture de nombreux de ses confrères et de nombreuses de ses consœurs dans les audiences de mise en observation observées.

> La patiente se présente devant la juge en pyjama. Elle s'en excuse d'entrée, expliquant être dans un tel accoutrement

[348] Il s'agit d'ailleurs également d'une volonté que l'on observe chez les patients-justiciables. Ainsi, la stratégie de défense qui vise à marquer la différence entre un *eux* (les autres patients dans le service) et un *moi* (le patient-justiciable), afin de se placer du bon côté de la ligne de démarcation entre le normal et le pathologique est souvent mobilisée par les personnes. Il s'agit alors de démontrer la capacité d'identifier la déviance chez les autres, afin de se placer dans le camp des personnes non-déviantes (incarné ici par la personne de la juge). Ce jeu sur la stéréotypie, et la démonstration des facultés à jouer avec les stigmates, a été soulignée notamment par Tartour et Barnard (2019).

> depuis le début de l'hospitalisation parce que « ses vêtements sont sales ». Elle n'a pas pu s'en procurer d'autres depuis le début de l'hospitalisation. Elle s'assied à côté de son avocate, face à la juge. Elle se tient prostrée sur sa chaise. Elle s'excuse constamment.
>
> Après la présentation succincte de son « cas » par la psychiatre, la juge lui donne la parole, lui demandant son « sentiment ». Elle répond, toujours effondrée sur sa chaise, d'une faible voix : « je ne veux pas rester à l'hôpital, parce que je vais bien. Et les médicaments me donnent beaucoup de fatigue. » Elle explique être à l'hôpital depuis trop longtemps, haussant légèrement le ton lorsqu'elle évoque la durée du séjour.
>
> La juge donne ensuite la parole à l'avocat, qui confesse être « un peu perplexe face à la situation de madame ». Il développe rapidement : « au niveau de la maladie mentale, il y a eu plusieurs mises en observation, donc on n'a pas trop d'hésitation. Par contre, au niveau de la dangerosité… » La psychiatre réagit vivement : « il y avait quand même des objets qui tombaient du balcon ! » L'avocat marque un temps de réflexion, puis enchaîne : « je vais m'en référer à la justice, je n'aime pas faire ça, mais entre ce que je pense et ce que la patiente dit… »

Le cœur de l'ambivalence du rôle de l'avocat dans ce type de séquence est ici explicité avec une grande clarté : il y a d'une part ce que la patiente exprime et puis d'autre part ce qu'il pense, qui coïncide généralement d'ailleurs avec ce que *tout le monde* pense. Comment défendre un *fou* ? Comment le faire envers le *bon sens* ? On remarque ainsi un usage très fort de formules de démarcation, clôturées par ce type d'appel à « la justice » ou à « la sagesse de la juge ». L'usage du conditionnel de reprise est par exemple massif : *madame aurait un travail*, *monsieur se ferait soigner auprès*

d'un médecin, madame prendrait ses médicaments, etc. De même, les formules pour exprimer la reprise du discours : *le patient me dit que la mise en observation est illégale parce qu'il n'y a pas de refus de soins*, *vous avez entendu, Monsieur semble refuser*, *moi Monsieur, quand je parle avec lui me laisse entendre que*…, etc. Ainsi, à l'objectivité du discours médical, mais plus généralement à ce qui apparaît de manière évidente, sont souvent opposés ce type d'éléments, présentés comme les dires du patient, placés à distance, produit de sa subjectivité (qui est manifestement déviante).

Il est important de noter, notamment sur base des travaux portant sur d'autres dispositifs de qualification comme personne malade mentale dangereuse (Holstein, 2005; Tartour, Barnard, 2019), que ce faible engagement des avocats observés en faveur de leur client tient aussi sans doute à la forme judiciaire particulière qui lui est donnée en Belgique. En effet, le fait d'avoir confié cette tâche à la justice de paix, dans des formes non oppositives, induit un cadrage sans doute plus « paternaliste » que « garantiste ». Dans son article sur les postures de défense dans les systèmes de justice des mineurs, Antoine Garapon (1989) distinguait entre un modèle paternaliste et un modèle garantiste. Le premier repose sur un assujettissement des enjeux juridiques aux discours d'expertise, et aux nécessités (identifiées par l'avocat) de protection et de sécurité. Le second, à l'inverse, assume une volonté d'opposition légaliste aux discours d'experts et à la délimitation de leurs pouvoirs. Ainsi, la posture garantiste vise « à limiter le pouvoir des experts en veillant au respect

des procédures légales dans le traitement » des mesures de protection des personnes (Sallée, 2016).

L'adoption de l'une ou l'autre posture tient bien évidemment à des dimensions personnelles et inclinations morales spécifiques aux personnes, ainsi qu'à leur évaluation de l'état de la personne et de ses besoins. C'est quelque chose de patent dans l'extrait de mon carnet d'entretien qui suit.

> L'avocat arrive un peu avant le patient, il s'adresse au juge : «
>
> — Vous allez voir Monsieur le Juge, celui-là je ne trouve pas trop…
>
> — Pas trop fou ?
>
> — Pas trop fou ! »
>
> Le patient et le psychiatre arrivent. Ce dernier explique que le patient « a passé psychiatrique ». Le contexte de son interpellation est celui d'un « état d'agitation lors d'une discussion de couple. Monsieur se serait montré très agressif vis-à-vis des intervenants. » En outre, le patient « a quitté son logement récemment ». Le patient intervient vigoureusement : « j'ai été expulsé, je n'ai pas quitté ! » Son avocat lui fait un signe de la main pour lui intimer de rester calme.
>
> Le juge réagit à la présentation par le psychiatre : «
>
> — Ce n'est pas le cas le plus flagrant !
>
> — Non. On se base surtout sur une hétéroanamnèse… et puis des faits d'irritabilité.
>
> — Mais l'irritabilité, ce n'est pas une maladie avec un grand "M".

— Non, ce n'est pas un diagnostic. Mais ça peut être un symptôme…

— Si j'entends bien, vous demandez du bout des lèvres…

— Oui c'est ça [rires] »

L'avocat prend la parole. Il contextualise les faits, explique la situation difficile : souci familial, divorce, logement, etc. L'ensemble de ces faits pouvant expliquer un état passager d'énervement, d'irritabilité. Il tient néanmoins à rassurer le juge sur le fait qu'il a déjà des pistes s'il venait à sortir : « vous ne l'enverrez pas n'importe où si vous le libérez, entre guillemets ! ». L'avocat conclut : « donc moi, ce n'est pas du bout des lèvres que je demande la levée de la mesure ! » La mesure est levée, le patient sort. Le juge s'adresse à son greffier : « on fout quand même facilement les gens ici hein ! » Ce dernier répond : « c'est scandaleux ! »

C'est ici parce que l'avocat considère que le patient « n'est pas trop fou » qu'il se place dans une posture plus garantiste. En soi, on remarque que les enjeux liés à sa crédibilité professionnelle et aux intérêts liés à ses rapports aux autres acteurs du système sont faibles : il ne risque pas de se les aliéner puisque tout le monde semble d'accord que le « cas » à défendre est symbolique du fait qu'« on fout quand même facilement les gens » dans un service fermé. L'avocat pour le coup assume un rôle de conseiller médico-juridique, qui va ici dans le sens de la demande de son client, mais de manière au final très contingente. C'est parce que le patient est parvenu à n'avoir pas l'air « trop fou » auprès de son représentant légal qu'il est représenté. Dans le cas inverse, on observe une représentation plus faiblement engagée. On pourrait donc pousser en disant

que c'est plutôt que l'avocat ne semble pas trop souhaiter s'opposer frontalement à ce qui apparaîtrait à tout le monde comme une hospitalisation nécessaire. Ce qu'on voit donc, en vérité, c'est que l'avis d'évaluation de l'avocat détermine sa défense.

Il me semble qu'une autre dimension déterminante, plus liée à l'organisation des audiences qu'aux (é)valuations des avocats, doit également être prise en compte dans le déploiement plus fréquent de postures paternalistes. Elle tient à la manière dont le dispositif est organisé, aux rôles octroyés à ses acteurs et à la configuration de leurs rapports entre eux. Or, fait notable en Belgique, la partie demanderesse n'est pas représentée à l'audience. En effet, le parquet requiert l'hospitalisation, sur base d'une évaluation préalable de conformité aux critères légaux, cependant, il n'est pas représenté lors de l'audience. Il est donc possible qu'il soit plus complexe pour l'avocat de la défense d'assumer une posture purement garantiste, donc sur le terrain du droit, puisqu'il n'a aucune opposition sur ce terrain. De ce fait, l'audience de mise en observation apparaît comme un dispositif plus consensualiste, visant la protection de la personne ou la sécurité de ses autres, plutôt que la défense des principes de droit. L'organisation très peu contradictoire des discussions durant l'audience tend alors à diriger les discussions vers une sorte de consensus sur ce qui est jugé *bon* pour la personne ou pour la société, plutôt que sur le respect des cadres légaux. L'ensemble des acteurs présents se trouvent alors à exprimer des évaluations sur l'état de la personne, et à

considérer l'opportunité de la qualifier comme personne malade mentale dangereuse en vertu de cet état.

> Il s'agit d'une patiente qu'on « connaît bien » ici à l'hôpital, selon la psychiatre. Cette dernière demande de maintien de la patiente, tout en « tenant à insister auprès de Madame sur les efforts qu'elle fait, et qu'on voit ! » La psychiatre demande la confirmation de la mesure, en raison d'un problème de consommation notamment. Elle insiste sur la nécessité de la contrainte : dans le cadre d'une prise en charge volontaire, la patiente risquerait d'être renvoyée du service parce qu'elle consommerait. Dans le cadre d'une mise en observation, la patiente ne peut être mise dehors. La juge donne la parole à l'avocat. Celui-ci acquiesce à la mesure, invoquant la nécessité de préparer une sortie : « le problème, c'est que je ne suis pas sûr que les critères soient remplis, mais c'est vrai qu'il faut du temps pour un projet de sortie. Si elle sort maintenant, que va-t-elle faire ? »

On peut donc considérer que le dispositif, en raison d'une série de dimensions spatiales, temporelles, sémiotiques, organisationnelles et interactionnelles que j'ai précisées, induit des dispositions plutôt paternalistes chez les participants. C'est également ce qu'on peut voir à travers certains cas-limites que les intervenants appellent « MEO sociale » ou « MEO paternaliste », et qui montrent, de la manière la plus franche qui soit, le fait que la qualification vise des fins pratiques fondées sur une évaluation de la situation. En l'espèce, la qualification à partir de la catégorie juridique de PPMM vise le basculement dans un régime d'action qui permet une prise en charge protectionnelle, généralement par l'extraction temporaire de la personne de son milieu de vie. La qualification comme PPMM repose en effet en grande partie sur une

évaluation faite de la *soutenabilité* du maintien de la personne dans son milieu de vie. Souvenons-nous que ces audiences visent le « placement de la folie » lorsque les ravages de la « folie dans la place[349] » ne sont plus supportables dans le milieu de vie (Holstein, 1984). Elles portent donc sur la transformation de statut d'une personne[350], opérée par certains acteurs qui y sont habilités, en vue de permettre sa prise en charge[351]. Ces audiences visent à la production d'une qualification médico-légale de personnes déjà *identifiées* comme étant malade mentale et potentiellement dangereuse par des personnes issues de leur milieu de vie — qu'elles soient proches ou non[352].

---

[349]Cette articulation est évidemment produite à partir des notions goffmaniennes. Je la traduis et reprends au compte de ce travail parce qu'elle permet une mise en lumière de l'articulation dans la régulation de ces questions du niveau de capacité d'encaissement des environnements sociaux non-institutionnels et de la nécessité d'une extraction de la personne fauteuse de trouble depuis ceux-ci, par les moyens d'une dégradation de statut. On retrouve la tension fondamentale entre autodétermination individuelle et usage de la contrainte en matière de santé.

[350] Cette transformation qui est a priori et de manière immédiate une « dégradation » de statut (Garfinkel, 1965).

[351] Dans la littérature, cette transformation de statut a été traduite en termes de tension d'exercice et de jouissance des droits-libertés et des droits-sociaux. Ainsi, en l'espèce, la jouissance du droit à être soigner ou à être protéger peut passer par la suspension de certains droits (à se déplacer, à disposer de soi, mais plus généralement à exercer ses droits), c'est-à-dire par la suspension de la capacité de droit (Eyraud, 2012). Dans ce cadre, la jouissance de certains droits prime leur exercice — visant ultimement le recouvrement de la capacité d'exercice (Rommelaere, 2020).

[352] Sur les enjeux de l'identification et du signalement de personnes depuis des espaces publics, dans le cadre des mesures de protection organisées par la loi du 26 juin 1990, voir : Printz (2021a). Sur des enjeux similaires d'identification *pré-judiciaire* d'une déviance psychopathologique et dangereuse, mais dans des espaces marqués par une forte interconnaissance

7.2.4. Soutenabilité du projet extérieur : place à la famille et au réseau

C'est ici que le troisième critère légal, celui de l'absence d'alternative de soins, prend tout son sens politique. En effet, la question de l'alternative de soin s'inscrit sans nul doute dans une architecture institutionnelle. Ainsi, le maintien dans l'environnement dépend d'abord des capacités institutionnelles (officielles et professionnelles) de prise en charge des personnes. C'est une chose souvent discutée à l'audience, comme dans celle-ci, concernant l'hospitalisation d'une patiente, âgée, demandée depuis sa maison de repos, dans laquelle aucune visite de psychiatre n'est possible à organiser. Les intervenants expriment leur désemparement, s'accordant sur le fait qu'une prise en charge dans l'environnement serait possible pour peu qu'un psychiatre puisse venir voir la patiente. Cependant, cela semble impossible. La patiente exprime le souhait de se soigner, elle demande à la juge de contacter la directrice pour organiser des visites à la maison de repos. Finalement, on décide de confirmer la mesure, face à l'absence d'alternative de soins.

Ainsi, l'idée de l'« autonomie » est centrale dans l'acceptation de la sortie de la personne (et donc le refus de sa qualification comme personne malade mentale dangereuse). Or, comme l'a par exemple montré Martha Fineman (1995), cet idéal — particulièrement important

---

et une familiarité relationnelle, on pourra consulter mes travaux sur la requête d'hospitalisation contrainte depuis des scènes familiales : Printz (2021b) et Printz (2023b).

dans la psychiatrie, et prégnant de ses jeux de langage — repose sur la dotation implicite d'un rôle à la famille, celui de la prise en charge informelle des vulnérabilités. Or, si Fineman vise plutôt le niveau macrosociologique des fonctionnements sociaux, il importe de voir comment cette conception est ramenée jusque dans le jugement en situation[353]. L'évaluation de l'état de la personne repose donc également sur une évaluation de la capacité de son milieu de vie à l'accueillir.

La famille est incluse au premier plan dans le travail de qualification de la personne par la juge. En effet, l'évaluation de l'état (de dépendance) de la personne repose sur une évaluation plus large de la « soutenabilité » du maintien de celle-ci à l'extérieur (Holstein, 1988a), et donc de ses proches en tant qu'« agents de gestion du risque » (Sallée *et al.*, 2020). L'idéologie sectorielle de la famille, dont j'ai essayé de dessiner les contours dans le quatrième chapitre, semble constituer l'arrière-fond normatif sur lequel est opérée la qualification : sera considérée comme personne malade mentale dangereuse la personne dont l'état *personnel* le justifie, mais aussi dont la situation relationnelle donne des éléments. À ce titre, la juge procède généralement à une évaluation des capacités de l'environnement à accueillir la personne, et à contenir les manifestations problématiques de son trouble.

[353]Ou à l'inverse de voir comment cet état de fait macrosociologique est constitué à travers l'ensemble des décisions et arrangements locaux face à la vulnérabilité.

7.3. Conclusion

James Holstein (1988b) soulignait cette double détermination opérationnelle des audiences concernant l'hospitalisation contrainte : « ces audiences sont l'occasion de présenter publiquement les désignations de déviance et les mesures correctives, de les justifier, de les contester et de les défendre.[354] » (p. 458) De ce fait, l'audience peut être considérée comme un « dispositif[355] » de problématisation. Conformément à l'inscription pragmatiste de cette thèse, on se penchera alors sur le *comment* du placement des personnes, lorsque le trouble dont elles sont l'origine n'est plus considéré comme supportable[356].

L'analyse des manières dont sont opérées ces qualifications est importante, parce qu'il apparaît à travers mon travail que ces opérations sont capitales dans la régulation de la question psychique. L'audience est un moment qui peut être défini du point de vue de ses conséquences comme le moment de la « dégradation de

---

354 Ma trad. : « *In a sense, these hearings are occasions when deviance designations and remedial responses are publicly assembled, made sensible, challenged, and defended.* »

355 Sur la notion de dispositif, on reverra bien sûr à Bruno Latour (1993) qui lie la notion à celle de « programme d'action ». Plus spécifiquement, on peut sans doute s'appuyer sur le travail de conceptualisation de Nicolas Dodier et Janine Barbot (2016), c'est-à-dire en tant qu'agencement hétérogène constitué « d'éléments matériels et langagiers » qui impose un enchaînement séquencé. En ce sens, l'audience est bien un dispositif puisqu'elle constitue « un agencement hétérogène d'articles de lois, de décisions jurisprudentielles, de procédures plus ou moins formelles, de savoirs et d'outils de gestion des risques, mais également d'espaces et de mobiliers » (Sallée *et al.*, 2022, p. 363).

356 Ce dont j'ai rendu compte dans le chapitre précédent, ainsi que dans Printz (2023b) et Printz (2024a).

statut » et de suspension des droits, mais aussi en un accès aux droits. À travers l'audience, un « pré-malade » est transformé en personne malade mentale à protéger. Cela passe par la suppression d'une série de droits, mais définit aussi les modalités d'un accès aux soins. Plus largement, ce dispositif est central dans la régulation de la question psychique : la contrainte aimante bel et bien l'ensemble de la régulation, elle façonne l'ensemble des interventions, de manière positive ou négative. C'est en effet une chose importante de voir à quel point, malgré le caractère minoritaire numériquement des interventions contraintes, elles dessinent, au moins en creux, les formes et les modalités de l'ensemble des interventions. En ce sens, on pourrait parler, en tordant un peu une notion issue de la sociologie des marchés, d'une véritable « saillance » de la mesure de l'hospitalisation contrainte.

CONCLUSION. DÉLIER SOIN ET DANGER : CONTRE UNE PROBLÉMATISATION SÉCURITAIRE DES TROUBLES

> Pendant un repas à l'internat, j'appris qu'à l'occasion d'un passage de Pompidou à Lyon, prévu trois jours après, les permissions de sortie des malades devaient être suspendues. Quelques internes se firent un devoir d'éclairer ma lanterne ; ils m'expliquaient qu'il s'agissait d'un règlement traditionnel ancestral, symptomatique de la survivance de l'équation sociale fou = irresponsable = danger public (et politique, donc), que c'était en vertu de ce même règlement que, à l'hôpital Saint-Anne, à Paris, étant donné la fréquence de passages de chefs d'État dans la capitale, les malades voyaient leurs permissions suspendues un jour sur trois environ. La finalité d'un tel règlement, plutôt que d'éviter un danger réel, était, me semble-t-il, de suggérer pernicieusement une démonstration de facto de la réciproque : « Faut bien être fou pour avoir l'idée de supprimer le président de la République, symbole de l'État et de la Nation. »
>
> Gérard Hof, *Je ne serai plus psychiatre*

Les différents chapitres de la thèse ont traité de la psychiatrisation de certains troubles (*quotidiens, mais extraordinaires*) sur des scènes familiales. Dans des

séquences, souvent très longues, les personnes *psychiatrisent* le trouble, c'est-à-dire qu'elles l'élaborent en un problème[357] — et en l'espèce, en un problème psychiatrique[358]. Cette question — importante en sociologie — a été abordée à partir d'un modèle théorique particulier, celui de la micro-politique du trouble. Ce modèle permet de penser l'ensemble des « transactions infra-officielles » où se jouent et se négocient « des qualifications portant indissociablement sur le problème (la définition de l'état de santé de la personne), sur les solutions […] et sur les personnes » (Béliard, Billaud, 2015, p. 18). Sur cette base, j'ai essayé de documenter le travail familial informel d'interprétation et d'administration de ces troubles. J'ai aussi montré comme leur psychiatrisation, en dernier ressort et dans le cadre d'un dispositif spécifique (mise en observation), pouvait être vue comme (l'une des) manière(s) de revendiquer une prise en charge institutionnelle.

---

[357] Cette manière de concevoir la question s'inscrit dans un ensemble de travaux centrés sur les accomplissements par les personnes. Comme je l'ai montré, elle se situe au cœur des sociologies d'inspiration pragmatiste. Celles-ci considèrent que le monde ordinaire est marqué par une série d'accrochages, d'anomalies et de difficultés, généralement problématisés à travers des procédures et des accomplissements pratiques qui vont de procédures de publicisation (Cefaï, 1996 ; Gusfield, 2003 ; Berger, Gayet-Viaud, 2011) ou de judiciarisation (Felstiner *et al.*, 1980 ; Gaïti, Israël, 2003 ; Pélisse, 2009) à des reprises réflexives plus précaires, ne parvenant pas toujours à se prêter au jeu de la montée en généralité, de la configuration narrative et des imputations de responsabilité (Boltanski, 1984 ; Stavo-Debauge, 2012).

[358] C'est-à-dire articulé à un modèle de compréhension médicale, donc individualisant, et orienté par la perspective d'une résolution *thérapeutique* du trouble (v. Sedgwick, 1972, 1974).

Ainsi, il a été possible de penser ensemble le travail informel de soin réalisé au sein des familles et les formes institutionnelles de prise en charge. Il a également été possible de penser leur articulation dans un cadre plus large. J'ai en effet essayé de montrer comme ces séquences se déployaient au sein de conditions locales et interpersonnelles certes, mais aussi de dimensions macrosociales larges, qui dépassent de loin le seul *ordre des interactions*. La problématisation psychiatrique du trouble résulte en effet de son inscription dans un jeu de responsabilités causales et politiques ; celle-ci n'est possible qu'à la faveur des médiations culturelles, des schèmes de compréhension ainsi que des ressources matérielles et institutionnelles à disposition des acteurs. Comme j'ai essayé de le montrer tout au long de la thèse, les réponses familiales aux troubles sont *constituées par* et *constitutives de* la régulation de la question psychique.

Pour rappel, comme cela a été développé au CHAPITRE 1 de cette thèse, la notion de « régulation » désigne l'ensemble des réponses sociales instituées dont une société se dote en vue d'assurer le maintien ou la transformation de l'ordre social. Elle a notamment été proposée par Alan Hunt (2005) dans sa volonté d'amorcer des voies théoriques pour penser des processus sociaux qui ne sont pas directement rabattables sur les rapports de production. Il s'agit de prendre en compte une série de médiations sociales qui ne sont pas économiques (sauf dans les perspectives du « marxisme vulgaire »). La notion désigne de ce fait l'ensemble des pratiques, dispositifs et normes qui concernent la reproduction sociale malgré le

caractère contradictoire et instable des relations dans le capitalisme. L'insistance de cette approche sur la reproduction sociale a permis, et c'était plus que nécessaire, d'intégrer les questions relatives au travail reproductif et les perspectives du *care*, et cela de manière transversale. De ce fait, il a été possible d'envisager de penser ensemble les différentes échelles sociologiques et de les articuler du point de vue analytique.

En effet, la régulation de la question psychique, comme je l'ai développé au CHAPITRE 2, est formée par les problématisations de troubles singuliers opérées par les personnes en situation ; ces problématisations étant elles-mêmes configurées par les formes de régulation de la question psychique. La navigation entre les niveaux d'observation sociologique a répondu alors à l'intrication, dans la pratique, d'objets, d'entités et de discours appartenant à des niveaux différents de la réalité sociale. En accrochant l'enquête sociologique à un trouble, un malaise ou un choc éprouvé, et en suivant les accomplissements pratiques en vue de sa réparation ou sa résolution par son inscription dans le « jeu des droits et des obligations » (Deledalle, 1966), on est resté au plus près des significations des acteurs. Je pense alors avoir pu montrer les modalités d'inférence et d'imputation, c'est-à-dire d'attribution de responsabilités *des faits* et *de faire*, par les familles lorsqu'elles font face à un trouble. Dans ce cas, la problématisation se joue dans la constante intrication entre des considérations sur *ce qu'il se passe* et *ce qu'il faut y faire*, en fonction de la situation immédiate ainsi que d'une série de relais sociaux et de médiations institutionnelles.

Ce cadre d'analyse m'a en effet permis de documenter l'administration familiale des *troubles quotidiens, mais extraordinaires,* en soulignant ses enjeux de pragmatique communicationnelle, mais aussi en l'inscrivant dans le cadre plus large des politiques sociales et psychiatriques.

De ce fait, l'analyse fine des micro-politiques du trouble permet de voir à un niveau plus général ce que sont les *réponses sociales à la maladie mentale* ; c'est-à-dire, les formes de régulation de la question psychique. Elle permet de cerner, depuis l'épaisseur du terrain et la complexité des situations, la manière dont la famille vient à constituer un relais social entre la personne et les soins. On a alors vu, au CHAPITRE 3, comment l'expérience du trouble menait les personnes affectées à s'engager dans un travail micro-politique. Ce dernier vise à la fois à identifier ce dont relève le trouble ainsi qu'à en contenir les effets. Il s'inscrit généralement dans des dynamiques de collusion relationnelle : d'un côté, une personne fauteuse de trouble, de l'autre, les personnes qui essaient de *faire quelque chose* face aux conduites problématiques de la première (*troubleshooters*).

Comme nous l'avons vu au CHAPITRE 4, la nécessité de *faire quelque chose face* à un trouble généré par une personne s'inscrit dans deux types de motifs distincts : l'irritation ou le souci. Tous deux sont des vecteurs d'enrôlement de la personne dans le travail de soin. Le souci, particulièrement déployé au sein des relations familiales, constitue l'une des pierres angulaires de la familialisation des soins : les proches, inquiets et inquiètes, s'engagent souvent dans un travail important à l'égard de la personne.

Ce travail est évidemment déterminé par des conditions qui dépassent le seul contexte domestique et familial. Les situations de soin s'insèrent dans un environnement social, économique et culturel large. Ainsi, le cadrage juridique et son anthropologie sous-jacente, tels que développés au CHAPITRE 5, organisent notamment ces séquences micro-politiques. Elles instituent la possession de soi et de ses problèmes par les personnes. De ce fait, le soin est parfois rendu impossible en dehors du consentement de la personne.

L'intervention d'un tiers public, au sein de ces situations familiales troublées, est alors conditionnée à la demande de contrainte. Ainsi, au CHAPITRE 6, j'ai montré les diverses formes de la demande d'hospitalisation, dans le cadre de la mesure de la mise en observation. J'ai montré la pluralité des revendications normatives qui étaient adressées à travers les lettres de demande d'hospitalisation. En effet, dans ces lettres, *plutôt que* ou *à côté de* la présentation de l'adéquation juridique d'une situation à des critères légaux, s'expriment des prétentions normatives. C'est pour cela qu'il est important de s'intéresser aux registres normatifs qui sous-tendent les requêtes. Ils nous renseignent bien sûr sur ce que sont les usages *ordinaires* du droit et le rapport *ordinaire* aux agences, mais plus largement, ils permettent de voir ce que sont les attentes des proches, pour eux et pour la personne malade. Or, ces attentes ne semblent pas tant, ou d'abord, exprimées en termes de rapport à une règle légale qu'à partir d'invocations de normes, en référence à ce qu'est une *vie bonne*, une *vie digne* ou une *vie juste*, que cela soit pour

la personne au cœur de la requête ou pour les personnes requérantes. Celles-ci vont mettre en récit l'incapacité pour les personnes, pour les environnements, pour le malade, d'avoir une vie jugée normativement souhaitable : un foyer apaisé, une possibilité de dormir la nuit, un droit à alléger les rapports de dépendance familiale, etc. En ce sens, elles constituent une modalité essentielle de documentation des failles et accrocs de la familialisation et du maintien dans le milieu de vie, ainsi qu'un indice de choix pour l'élaboration des politiques de santé mentale à l'heure de la désinstitutionnalisation, du point de vue des proches des personnes réputées malades.

Enfin, au CHAPITRE 7, j'ai essayé de documenter les formes d'interactions qui pouvaient se dérouler durant les audiences judiciaires liées à l'hospitalisation contrainte. Analysant les prises de parole des différents acteurs présents durant ces moments, et les intérêts qu'elles semblaient supporter, j'ai pu mettre en lumière ce dernier moment pivot dans les séquences envisagées. Il permet, au même titre que les autres chapitres, d'éclairer les manières socialement instituées de faire face au désordre lié au trouble mental et à la vulnérabilité psychique, ainsi que d'en identifier les impasses.

C'est sur cela que je voudrais insister dans cette dernière partie. Il me semble pouvoir tirer quelques conclusions et ainsi ouvrir quelques espaces de réflexion de portée plus large, sur base des résultats obtenus. Je m'autoriserais alors, au terme de la thèse, à proposer une conclusion plus générale, sur les formes actuelles de la régulation de la question psychique. Celle-ci repose sur une hypothèse : les

formes de régulation de la question psychique tendent à se déchirer entre deux pôles, antagonistes, mais complémentaires, dont le raccordement est (de plus en plus) l'affaire des familles. Cette hypothèse, lapidaire et obscure, dans le même temps qu'un peu péremptoire, mérite bien quelques développements. C'est ce à quoi je consacrerai ces dernières pages de la thèse.

Une régulation disjonctive

L'hypothèse, qui semble confirmée par mes résultats, est que la régulation de la question psychique en est venue à s'articuler progressivement à des coordonnées particulières, qui articulent un pôle de la responsabilité individuelle (pôle libéral) et un pôle marqué par des logiques coercitives et médico-judiciaires (pôle sécuritaire).

On parlera alors d'une régulation disjonctive de la santé mentale, tiraillée entre ce que Nikolas Rose (1998) appelle la « zone à bas risque » qui est réglée par la responsabilité individuelle et la propriété personnelle de soi, et la « zone à haut risque » où les cadres d'intelligibilité libéraux se trouvent suspendus et où le critère de dangerosité devient surdéterminant d'interventions contraintes. Ce à quoi vient s'ajouter, dans la « zone » intermédiaire :

1. une familialisation des prises en charge dans un contexte de manque d'accessibilité (objective et subjective[359]) aux soins,
2. un usage stratégique de plus en plus marqué du *pôle sécuritaire* et de ses dispositifs, à des fins de protection dans le cadre d'une saturation du *pôle libéral* et d'une exténuation des environnements d'accueil (souvent familiaux)

Régulation disjonctive de la question psychique, donc. En effet, d'un côté, le pôle libéral, au seuil duquel l'ensemble des pratiques d'administration des troubles sont liées à l'idée d'une personne possesseuse d'elle-même et de ses problèmes. Ici, ce sont les cadres de l'« individualisme possessif » qui organisent les pratiques de soin : la personne est considérée, a priori, comme souveraine, possesseuse d'elle-même et de ses problèmes, et donc, responsable individuellement.

De l'autre, l'indésirabilité exprimée sous la forme catégorielle de la personne à risque ou dangereuse, c'est-à-dire la mise en place de stratégies répressives contre les segments de population qui ne parviennent pas à jouer le jeu de la responsabilité individuelle et à actualiser *dans les faits* la présomption de capacité dont ils jouissent *en droit*.

Entre les deux, les familles et les proches qui servent souvent à éviter tant la violence de la contrainte que

[359] Pour une présentation plus synthétique de ces pertes d'accessibilité subjective et objective aux soins, on se référera à mon chapitre dans l'ouvrage collectif *Néolibéralisme(s) en Belgique* : Printz (2023d)

l'indifférence libérale[360]. L'analyse de l'expérience familiale, sur divers terrains, le fait apparaître avec force. Dans de nombreux cas, les proches font face à une alternative compliquée : organiser la prise en charge sur base de ressources plutôt informelles ou forcer une prise en charge institutionnelle. Dans le premier cas, les proches se plient à l'individualisme possessif, dans le second, le trouble doit être dangereux (soit qu'il le soit devenu d'avoir trop attendu, soit qu'on en *force* la description).

La famille pour remplir les vides protectionnels ?

C. B. Macpherson a retracé les racines théoriques de l'individualisme possessif, référence assez structurante des démocraties libérales. Il considère possible d'identifier sept propositions, dont les trois premières nous concernent tout particulièrement puisqu'elles permettent de mettre en lumière les fondements philosophiques de cette présupposition sociale de la possession de soi. « L'humanité de l'homme réside dans son indépendance à l'égard de la volonté d'autrui », telle est la première proposition constitutive de l'individualisme possessif. En outre, l'émancipation de l'individu signifie « la possibilité de s'abstraire de toute obligation vis-à-vis d'autrui », les rapports sociaux n'étant que volontaires et utiles à la réalisation de l'intérêt individuel. Une troisième

[360] Au sens le plus littéral : indifférence, c'est-à-dire *qui ne fait pas de différence*. Ainsi, répondant aux *Maddening States* de Begoña Aretxaga (2003), on pourrait peut-être construire l'idée d'État indifférent, c'est-à-dire d'un cadre politique au sein duquel les états des personnes, sauf exception, sont indifférents.

proposition découle des deux premières : « l'individu est propriétaire de lui-même et de ses capacités, ce en quoi il ne doit rien à la société. »

> Ainsi, puisque la liberté, et donc l'humanité, de l'individu dépendent de sa liberté d'entrer dans des relations intéressées avec d'autres individus, et puisque sa capacité à entrer dans de telles relations dépend du contrôle exclusif (des droits) sur sa propre personne et ses capacités, et puisque la propriété est la forme généralisée de ce contrôle exclusif, l'individu est essentiellement le propriétaire de sa propre personne et de ses capacités[361] (Macpherson, 1962, p. 263).

Dès lors, ces propositions ont des implications politiques, qui constituent les deux dernières propositions de Macpherson. La première d'entre elles concerne la possibilité de limitation de la liberté individuelle :

> Puisque l'émancipation à l'égard de la volonté d'autrui est ce qui fait qu'un homme est un homme, la liberté de chaque individu ne peut être légitimement limitée que par des obligations et des

[361] Ma trad. : « *since the freedom, and therefore the humanity, of the individual depend on his freedom to enter into self-interested relations with other individuals, and since his ability to enter into such relations depends on his having exclusive control of (rights in) his own person and capacities, and since proprietorship is the generalized form of such exclusive control, the individual is essentially the proprietor of his own person and capacities.* »

> règles qui sont nécessaires pour garantir aux autres la même liberté[362]. (p. 264)

La seconde porte sur l'institution d'une société politique en tant que contrainte nécessaire pour la protection de la personne et des biens de l'individu, « et (donc) pour le maintien de relations d'échange harmonieuses entre des individus considérés comme propriétaires d'eux-mêmes[363]. » (p. 264). Le point crucial de l'individualisme possessif repose donc en ce sens sur la supposition que c'est « la libre disposition par l'individu de ses capacités » qui constitue la « base de la participation à la collectivité politique » (Balibar, 2010). Cette libre disposition de soi ne peut être remise en question que si elle menace celle des autres. L'individualisme possessif, tel que rapidement défini ici, constitue le modèle anthropologique, sécurisé juridiquement, à l'aune duquel les micro-politiques du trouble s'opèrent : c'est en référence à l'idée de la possession de soi et de ses problèmes, consacrée avant tout par le droit, que le trouble est interprété et, le cas échéant, que des réponses y sont apportées.

Cette conception crée des espaces et des temps de déprise publique[364], au sens d'un principe d'*indifférence* et de *non-*

---

362 Ma trad. : « *Since freedom from the wills of others is what makes a man human, each individual's freedom can rightfully be limited only by such obligations and rules as are necessary to secure the same freedom for others*. »

363 Ma trad. : « *and (therefore) for the maintenance of orderly relations of exchange between individuals regarded as proprietors of themselves*. »

364 Ici, il ne serait peut-être pas inintéressant de faire jouer les résonnances entre cette idée de déprise et celle d'omni-emprise qui caractérisait le phénomène de la « totalitarité » de l'institution chez Kuty (1976, 1977). D'un côté, un pôle caractérisé par une déprise de principe, de l'autre celui d'une omni-emprise.

intervention des instances, dispositifs et acteurs publics dès lors que la personne n'y est pas *disposée*. Les institutions publiques, pour ne pas restreindre la liberté des individus, doivent être *apathiques* aux situations, dont elles supposent les personnes au centre comme responsables. De ce fait, les formes de régulation de la question psychique fonctionnent principalement sur l'idée de la demande volontaire des personnes. En dehors de celle-ci, l'apathie publique vaut, toute intervention serait une violence[365].

Ceci tient évidemment à une incapacité de concevoir la dimension *pathique* de la vulnérabilité psychique et de la maladie mentale : ces états constituent, bien souvent, des états marqués par la souffrance, pour les personnes concernées, pour les personnes qui les entourent. Pourtant, la régulation de la question psychique, dans sa forme libérale et *normale*, se fonde sur une apathie de principe : tant que la personne n'exprime pas le besoin d'être aidée, c'est qu'elle n'en a pas besoin.

Bien sûr, on pourrait opposer que le trait est un peu forcé : une série de dispositifs et de services fonctionnent sur des formes plus souples que celui de la demande volontaire de soins. Par exemple, certaines équipes mobiles à Bruxelles donnent droit aux sollicitations des proches, engageant souvent un *travail du consentement* de la personne qui refuse initialement les soins. Néanmoins, les cadres réglementaires sont ce qu'ils sont : un refus explicite ne

[365] En ce sens, pour rappel, la loi du 26 juin 1990 stipule en son 1er article : «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 […] »

vaut jamais rien d'autre qu'un refus explicite du point de vue légal, peu importe les marges de manœuvre et la flexibilité des intervenants et intervenantes. En outre, ces structures alternatives dans les soins de santé mentale se disent saturées et sous-financées[366].

Dans ce contexte, ces *espaces apathiques* ou *indifférents*[367] sont alors autant de potentiels *vides protectionnels*. Par « vides protectionnels », j'entends ces espaces, ces temps ou ces situations desquels les mécanismes socialisés de solidarité ne peuvent se saisir. Plus spécifiquement, un vide protectionnel est une situation dans laquelle aucune intervention médico-sociale formelle, et *normale*[368], ne peut être initiée. Du fait des incapacités des « institutions secondaires » à se saisir des situations — incapacités dues autant à leur déprise légale qu'à leur affaiblissement budgétaire et humain — ce sont aux « institutions

366 Voir : Yahya Hachem Sami et Samira Kholti, *Eléments d'attention sur les besoins en santé mentale — Note de recommandations — Février — Mars 2021*, Ligue bruxelloise pour la santé mentale, 2021 ; Robin Susswein, « Recommandations issues du colloque "Gouverner le soin, soigner à contre-courant" », in Ligue bruxelloise pour la santé mentale, *Actes du colloque du 9 décembre 2019*, Bruxelles, lbsm, 2020.

367 On retrouve ici une idée proche de celle, développée dans la sociologie juridique de Jean Carbonnier, des espaces de « non-droit » (Carbonnier, 2001 ; Ho Dinh, 2007). Les littératures féministes ont largement insisté sur cette idée que certains espaces, réputés privés, sont considérés comme ne devant pas faire l'objet d'un *regard* public.

368 Une intervention *normale*, c'est-à-dire conforme à ce que sont les standards de soins promus, c'est-à-dire qui évite la chronicisation des patients et les traite d'une manière qui soit conforme aux standards d'humanisation, de respect des libertés individuelles, d'autonomie et d'inclusion sociale.

primaires[369] » de *prendre le relais*. C'est dans ce cadre qu'on peut penser la familialisation des soins de santé mentale dont j'ai rendu compte dans cette thèse : faute de prise en charge par des mécanismes de solidarité socialisés, ce seront la famille ou le marché — la socialisation laisse place à des formes de familialisation[370] ou de marchandisation[371].

La prise d'importance des proches dans le système de santé mentale peut être vue comme relevant d'une privatisation du soin et de l'accompagnement. Ce processus doit être pensé à l'aune des évolutions conjointes des cadres législatifs des politiques du trouble mental, et des évolutions institutionnelles initiées par les réformes psychiatriques. Ces deux lignes d'évolutions convergent dans une problématisation du trouble psychiatrique comme relevant de plus en plus du privé, en dehors des cas du trouble sévère et dangereux. Cette

---

[369] C'est Michel Chauvière (2024) qui établit cette distinction, certes assez imprécise, entre institutions primaires et secondaires. Ces dernières sont l'ensemble des établissements, services et dispositifs spécialisés ou dédiés à des publics particuliers. Les premières, les institutions primaires, seraient plutôt les institutions à prétention *généraliste* si l'on peut dire : école, marché, famille, etc. Je ne m'étends pas sur cette distinction, conceptuellement peut-être un peu faible. Elle permet cependant de rendre compte, au moins intuitivement, du déport des fonctions dont j'entends rendre compte ici.

[370] Pour rappel, la familialisation désigne les variations dans le degré de dépendance à l'égard des relations familiales dans l'accès à un niveau de vie satisfaisant. Il s'agit donc du processus de report d'une série de fonctions vers les sphères familiales. Cette question est développée plus largement dans la thèse, notamment au quatrième chapitre de cette thèse.

[371] Pour rappel, la marchandisation désigne la transition d'une série d'opérations depuis la sphère publique vers la sphère marchande. La notion permet de rendre compte de l'articulation entre l'accès à un certain niveau de bien-être avec la disposition de ressources économiques et l'insertion sur le marché. Cette thèse n'a pas traité de ces enjeux, pourtant importants.

privatisation des problèmes psychiatriques a pu être documentée à partir des récits et des comptes-rendus des proches sur le travail quotidien qu'ils effectuent, souvent pensé comme supplétif de dispositifs sociaux défaillants, inadaptés ou saturés. Les analyses classiques tendent à mettre en avant la marchandisation croissante des soins et de l'accompagnement psychiatrique et psychosocial (Moth, McKeown, 2016 ; Croft, 2017). Or, il faut voir que le transfert de responsabilité depuis des acteurs publics vers des acteurs privés ne repose pas uniquement la prise d'importance des dimensions marchandes dans les réponses apportées à ce type de trouble : le dessaisissement public repose également sur une montée en charge du travail reproductif non rémunéré au sein de la famille[372], et donc la nécessité d'un « enrôlement[373] » des proches dans la participation au travail de soin (Carney, 2008).

En effet, 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 » (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

[372] La privatisation des mécanismes de protection est en vérité double, marchandisation certes, mais aussi familialisation, comme l'ont montré certains travaux féministes de grande importance (Orloff, 1993 ; Sainsbury, 1994).

[373] Sur la question de l'enrôlement des proches, ses ressorts objectifs et ses motivations subjectives, on lira mon article dans *Recherches sociologiques et anthropologiques* (Printz, 2023a).

forme institutionnelle, c'est-à-dire n'étant plus prise en charge au sein d'établissements.

Dans l'espace public libéral, l'individu est capable et autonome, autosuffisant. Comme le note Martha Fineman (2013), ce n'est que dans la famille qu'il peut exprimer sa dépendance : « la réponse privilégiée face à la dépendance est généralement sa dissimulation au sein de la famille privée [374]» (p.17). La juriste américaine parle en ce sens de « dépendance dérivée » :

> la dépendance dérivée est imposée socialement par la construction d'institutions telles que la famille, dont les rôles et les relations sont traditionnellement définis et différenciés en fonction du sexe […] nous persistons à traiter la dépendance en reléguant le fardeau de sa prise en charge à la famille, qui est conceptualisée comme étant située dans une zone d'intimité, hors du champ d'action de l'État qui ne se préoccupe que des échecs familiaux extraordinaires tels que la maltraitance ou la négligence. Ainsi rendue largement invisible au sein de la famille, la dépendance peut être confortablement et faussement considérée comme gérée de manière adéquate pour la grande majorité des personnes[375] (pp. 18-19).

Quelle place de l'intervention publique dans ces arrangements informels et extra-légaux ? Comment

---

[374] Ma trad. : « *the preferred accomodation for dependency is to hide it within the private family* ». On retrouve ici l'idée de « solution préférée » (*preferred remedy*) telle que développée par Emerson (1981) et largement mobilisée dans la thèse.

[375] Ma trad. : « *deritative dependency is socially imposed through our construction of institutions such as the family, with roles and relationships traditionnally defined and differenciated along gender lines […] continue to deal with dependency by relegating the burden of caretaking to the family, which is conceptualized as located within a zone of privacy, beyond the scope of state concernbarring extraordinnary family failures such as abuse or neglect. Thus largely rendered invisible within the family, dependency can comfortably and mistakenly asumed to be adequately managed for the vast majority of people* ».

respecter la possibilité de prises en charge tout à fait informelles sans tomber dans l'indifférence libérale ? Comment adresser la question de la vulnérabilité dérivée ? Quel degré de formalisation des prises en charge ? Terry Carney (2012) problématise la chose en ces termes notamment :

> Peut-on supposer que la famille, les amis ou la « communauté » se mobiliseront suffisamment pour donner un sens à toute aspiration (admirable) à s'appuyer sur des idées communautaires de prise de décision « assistée », ou la société civile (c'est-à-dire en mobilisant le soutien de bénévoles) ou l'État (par exemple en finançant et en coordonnant des programmes de « visiteurs de proximité ») devraient-ils combler le manque pour les personnes sans amis ou isolées ?[376]

On peut bien sûr élargir la question du professeur australien à d'autres cas que celui des personnes « sans amis ou isolées ». Quel doit être le rapport de la société civile ou l'État à la question (nouvelle) de la participation des proches à la « production sociale de la santé » (Bungener, 1987) ?

Comme le soulignent Davtian et Collombet (2014), la famille est de moins en moins considérée comme la cause de la maladie mentale d'un des membres, qu'il s'agirait alors de *séparer* (famille à exclure) ou de *traiter* de manière globale (famille à soigner). Les nouvelles conceptions et

---

[376] Ma trad. : « *Can it be assumed that family, friends or « community » will rally around sufficiently to render meaningful any (admirable) aspirations for reliance on community-based ideas of « supported » decision-making, or should civil society (i.e. through mobilizing volunteer support) or the state (such as through funding and coordinating « community visitor/guardian» schemes) supply the shortfall for the friendless or isolated?* »

représentations de la famille, comptables d'une reconfiguration complète des économies de la responsabilité et de l'ordre de propriété des problèmes psychiatriques, permettent l'émergence de l'idée que la famille serait le lieu *naturel* de l'aide. On pourrait dire qu'à mesure que la responsabilité causale des familles s'amoindrit dans l'émergence d'un trouble mental, à la faveur de la disparition quasi complète du modèle de la « famille pathogène », la place pour sa responsabilité dans le soin et l'accompagnement s'accroît. Une série de fonctions initialement prises en charge en milieu hospitalier se trouve être la charge des familles des personnes malades mentales. Comme le note Delphine Moreau (2007) :

> Les familles sont, en effet, amenées à participer de façon importante à la prise en charge de leurs proches : en amont de tout contact médical, par la sollicitation de soin, l'organisation ou la signature d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, et en amont comme en aval dans un accompagnement sous diverses formes : soutien, démarches, logement, argent, aide au quotidien… (p. 5)

Or, cette « sollicitation de soin » par les proches, en vertu des cadres de l'individualisme possessif, se fait selon des conditions particulières. Le modèle de la demande de soins est en effet articulé à la volonté de la personne

concernée dans le cadre normal, sinon rabattu sur la crise, l'urgence et l'idée de dangerosité[377].

Pôle d'exception : sortir de l'ornière sécuritaire

En effet, comme je l'ai montré au cours de la thèse, l'hospitalisation contrainte constitue souvent une voie d'accès aux soins. Comme le notent Jean De Munck et Leonard Pardoen (2024), dans de nombreux cas,

> la mise en observation tient dans la volonté de permettre aux personnes concernées de réintégrer le système de santé dont ils ont été, ou se sont eux-mêmes, exclus. Des juges, des médecins, voient dans la privation temporaire de liberté le seul moyen efficace de faire accéder le patient aux droits sociaux en forçant un statut dans le système de soins. Il s'agit en quelque sorte de faire apparaître la personne sur les écrans officiels du système, de lui donner un statut de manière à permettre une prise en charge.

Ce pôle sécuritaire de la régulation de la question psychique constitue de ce fait une voie d'accès aux soins, pour de nombreuses personnes[378], mais au prix d'une qualification à partir des notions de dangerosité, d'urgence et de crise, associée à des formes intensives et contraintes de soins. Pourtant, comme je l'ai montré, l'activation (et *a fortiori* la demande) de cette mesure d'exception n'est pas toujours liée à une situation critique ou marquée par une dangerosité immédiate. De ce fait, la mise en observation

[377] Suivant par là une évolution plus générale des politiques sociales et sanitaires, comme l'ont montré Michael Lipsky et Steven R. Smith (2011).

[378] Pour une vue chiffrée de la question, on se référera à l'introduction de la thèse.

peut être vue comme une voie d'accès certes défamilialisée et démarchandisée aux soins psychiatriques, mais à un prix élevé pour la personne : elle est dorénavant considérée comme dangereuse, et soignée via la contrainte. Dans de nombreux cas, l'initiation d'une activité thérapeutique repose sur la nécessité de démontrer une dangerosité, indexant la prise en charge avant tout sur la gestion des risques plutôt que le soin et l'accompagnement. Cela est particulièrement évident lorsqu'on examine les demandes des familles : il s'agit souvent d'une requête pour une intervention publique face à une situation complexe, qui n'est pas toujours d'ordre psychiatrique et qui, dans la plupart des cas, n'est pas d'abord perçue sous l'angle de la dangerosité. Ainsi, les proches ont tendance à aborder les troubles qui les concernent davantage sous l'angle des soins que de la gestion des risques psychiatriques[379]. Malgré l'importance du premier registre, ils sont contraints de formuler leur demande d'une intervention publique dans le cadre particulier d'une mesure d'exception, pensée avant tout sous un prisme sécuritaire, et impliquant la destitution de la possession de soi et de ses problèmes pour la personne concernée.

Il importe en ce sens 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 d'ailleurs leur *félicité*. Dans cet écart résident en effets certains des enjeux

[379] Joan Tronto (2012) a bien montré comme ces deux registres, théoriques, mais aussi pratiques, étaient antinomiques, notamment du point de vue des conceptions (de la personne, de la politique) qui les fondent et de leurs effets pragmatiques.

centraux de l'hypothèse de la familialisation des politiques psychiatriques à l'heure de la désinstitutionnalisation et de la juridicisation. Il invite aussi à penser la question des formes d'intervention non expressément consenties et de leur rabattement sur la gestion des risques, et plus simplement la dangerosité. Ainsi, les requêtes familiales, analysées au sixième chapitre, concernent un type particulier de souffrance, celle « pour lesquelles apparaît légitime de chercher un responsable » (Boltanski, 1993, p. 104), et qui sont donc constituées comme ayant une portée morale et politique. 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. 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 fauteuse de trouble face à elle-même, seule possesseuse 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.

Il faut pourtant considérer le coût de l'intégration de ces expériences dans le pôle sécuritaire de régulation de la question psychique. Il faut bien voir le dilemme irrespirable auquel on semble faire face : la non-demande

ou l'intervention de force. Ce *dilemme* invisibilise une grande part de ce que sont effectivement les politiques de santé mentale : le travail des familles, enrôlées *de facto* pour pallier le dessaisissement grandissant des mécanismes socialisés de soins, en dehors de la contrainte pour raison sécuritaire.

Sortir de l'ornière sécuritaire donc, pour prendre les questions du *care* au sérieux. L'expérience italienne constitue alors une piste sans doute intéressante.

> Dans les années 1970, les expériences de désinstitutionnalisation se multiplient en Italie et une mobilisation plus organique contre l'institution asilaire se développe, qui aboutira à la loi 180 de 1978. La psychiatrie est enfin réglementée par une loi sanitaire, et non par une loi spéciale, comme celle de 1904. La nouvelle loi décide la fermeture des asiles et établit comme règle inéluctable que l'on ne peut être soigné que pour des raisons de santé psychique et non de dangerosité sociale.
> En effet, cette loi concerne les « normes pour les contrôles et les traitements sanitaires volontaires et obligatoires » et non pas la notion de dangerosité, qui disparaît complètement du texte législatif. […] Les décisions concernant les traitements sanitaires relèvent d'un devoir éthique de soin et d'un devoir politique de tutelle de la santé du citoyen, non plus d'un devoir légal de défense de la société. (Colucci, 2009, pp. 164-165)

De ce fait, note Colucci :

> l'esprit novateur de la loi […] interroge le technicien quant à sa propre « responsabilité politique » de médiateur entre la souffrance de l'individu et la dimension sociale et institutionnelle dans laquelle cette souffrance s'exprime (Colucci, 2009, p. 166)

Place est faite à la souffrance, en premier lieu, et la responsabilité politique du tiers (ici, le soignant ou la soignante) est instituée, en dehors de la question du contrôle social et de la gestion des risques de dangerosité. C'est le soin qui prime. On retrouve alors l'investissement de la force normative du concept de maladie mentale — la maladie est une *déviance* par rapport à une état désirable — dont rend compte Tad Tietze (2022) en préface de *Psycho Politics* de Peter Sedgwick :

> Sedgwick soutenait que « en dehors des significations que nous attachons volontairement à certaines conditions, il n'y a pas de maladies dans la nature ». Il ne voulait pas dire par là qu'il n'y a pas de corrélats biologiques ou autres corrélats matériels de ce que les humains appellent la maladie, mais que c'est une décision humaine, voire sociale, qui définit et traite la « maladie ».
>
> Ainsi comprise, « toute maladie est essentiellement une déviance » par rapport aux normes sociales, car « aucune attribution de maladie à un être quelconque ne peut être faite sans l'attente d'un autre état de choses [c'est-à-dire la santé] qui est considéré comme plus désirable ».[380]

La notion de « maladie mentale », par la force normative qu'elle met en jeu, implique une responsabilité politique forte : une maladie, ça se soigne et, en général, à travers des mécanismes (plus ou moins) socialisés de soins. Il faut toutefois faire attention de ne pas plaider pour la

[380] Ma trad. : « *Sedgwick contended that "Outside the significances that we voluntarily attach to certain conditions, there are no illnesses or diseases in nature". By this he did not mean that there are no biological or other material correlates of what humans refer to as illness, but that it is a human – indeed social – decision as to what is defined and treated as "illness". Understood this way, "all sickness is essentially deviancy" from social norms, because "no attribution of sickness to any being can be made without the expectation of some alternative state of affairs [i.e. health] which is considered more desirable".* »

substitution d'un réductionnisme par un autre. Certes, la conception strictement médicale des troubles — c'est-à-dire qui conçoit uniquement des « maux qui peuvent être maitrisées dans les limites de la personne individuelle[381] » (Sedgwick, 1972, p. 217) — constituerait sans aucun doute un progrès du point de vue des personnes concernées et de leurs proches. Néanmoins, il s'agit de rester « vigilant par rapport à toute stratégie "bio-politique" déplaçant l'intervention psychiatrique de l'internement à la gestion médicalisée des populations » (Di Vittorio, 2006, p. 15). Plus profondément encore, il s'agit de faire place à la souffrance et à l'intersection des vulnérabilités sociales et psychiques au sein desquelles elle se déploie. Ici encore, il faut partir de l'épaisseur du terrain et de ce qui y est vécu, donc. Il s'agit aussi de voir les conditions matérielles et les économies morales qui conditionnent la *considération pour*, l'*administration de* et l'*intervention sur* ces vulnérabilités. Comment les personnes sont-elles prises en charge et en soin ? Dans ce type de conditions, le respect des droits fondamentaux et l'humanisation des soins semblent bien souvent être une gageure, suspendus aux bricolages et bouts de ficelles des personnes engagées dans le travail psychiatrique. La prise en compte de la diversité des troubles et de leurs expériences implique à mon sens la mise en place de réponses plus larges et maximalistes[382] :

[381] Ma trad. : « *afflictions which can be controlled at the boundaries of the individual person* »

[382] Voir par exemple l'ouvrage « Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership » de Martha C. Nussbaum (2006).

une véritable politique de la vulnérabilité. Je voudrais terminer là-dessus.

Vers une véritable politique de la vulnérabilité

Il y a une véritable force de proposition chez Sedgwick (1972) lorsqu'il propose de réinvestir l'idée de « maladie mentale » et sa force d'implication normative[383]. Pour résumer brièvement, contre les théories antipsychiatriques, le psychologue anglais propose d'assumer la catégorie de « maladie » pour les troubles psychiatriques, en ce qu'elle enjoint à une responsabilité collective de soin. À ce titre, Sedgwick note que la maladie, en tant que catégorie, constitue une catégorie en soi porteuse de normativité, refusant dès lors son rejet par les courants d'inspiration antipsychiatrique. Pour reprendre le cadre dans lequel j'ai tenté de l'élaborer au cours de la thèse, la « maladie » en tant que catégorie, se déploie au sein des deux jeux de responsabilité (*du fait*, *de faire*). Elle résulte à la fois d'une inférence et d'une imputation : elle est une catégorie qui émerge à l'entrecroisement des attitudes descriptive et normative. Comme l'écrit Peter Sedgwick dans « *Mental Illness Is Illness* » :

> toute maladie, qu'elle soit conçue en termes corporels localisés ou dans le cadre d'une vision plus large du fonctionnement humain, exprime à la fois un jugement de valeur social (opposant l'état d'une personne à certaines normes comprises

[383] J'ai développé cette notion d'« implication » au deuxième chapitre de la thèse. Elle vise à rendre compte des processus d'imputation d'une responsabilité politique face à un trouble, c'est-à-dire de l'identification de l'instance responsable de *faire quelque chose*.

> et acceptées) et une tentative d'explication (en vue de contrôler l'état dévalorisé).[384] (Sedgwick, 1972, p. 218)

Ou encore, dans « *Illness: Mental and Otherwise* », un autre article paru une année après :

> l'attribution d'une maladie semble inclure une quête d'explication, ou au moins de délimitation descriptive de certains types de facteurs causaux, ainsi qu'une composante normative […]. Il est en effet probable que le concept de maladie soit né en parallèle avec la pratique sociale de la thérapie.[385] (Sedgwick, 1973, p. 34)

On voit cependant comme une lecture réductionniste pourrait être faite des orientations *sedgwickiennes* : la maladie mentale serait alors strictement l'affaire des médecins. De là croîtrait un autre péril, celui d'un cadrage médical de situations qui y sont, on l'a vu au cours de la thèse, non réductibles. Les troubles envisagés se déploient à l'intersection de dimensions individuelles et pathologiques, mais aussi, et toujours, environnementales, sociales et économiques. Il y aurait dès lors un risque, celui de la dépolitisation, à les laisser préemptées par le seul regard médical, avec tout ce que cela impliquerait de délétère pour les personnes concernées. En effet, le regard

---

[384] Ma trad. : « *all illness, whether conceived in localised bodily terms or within a larger view of human functioning, expresses both a social value-judgment (contrasting a person's condition with certain understood and accepted norms) and an attempt at explanation (with a view to controlling the disvalued condition)* »

[385] Ma trad. : « *the attribution of illness appears to include a quest for explanation, or at least the descriptive delimiting of certain types of causal factors, as well as [a] normative component [...]. It is indeed likely that the concept of illness has arisen in close parallel with the social practice of therapy* »

médical repose sur des modes d'inférence[386] particuliers, fondés dans un rapport asymétrique des rôles (pouvoir de définition) et résultant dans l'identification de causes individuelles (c.-à-d. intrinsèques à l'individu) aux troubles. Le diagnostic médical, c'est-à-dire le résultat des processus d'inférence de responsabilité (causale) des faits, repose bien souvent sur des mécanismes d'exclusion, c'est-à-dire sur la constitution d'un « autre exclu », dont l'exclusion porte d'ailleurs en premier lieu sur la participation à la construction du discours qui fonde l'exclusion (v. Foucault, 2001). Les luttes définitionnelles[387] dans le cadre strictement médical sont souvent marquées par l'imposition d'un langage qui n'est pas partagé, et qui agit comme ligne de démarcation et d'exclusion (Foucault, 2009). En effet, qu'opposer au discours médical lorsqu'il est question de l'identification d'une maladie ? Surtout, comment prendre en compte des dimensions non individuelles lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic et un traitement[388] ? De ce fait, le regard médical participe d'une dépolitisation du rapport aux états pathologiques, puisqu'individualisant et technique. Bien sûr, ces « distorsions […] ne sont pas une caractéristique

[386] Cette notion d'« inférence » a été développée dans le même chapitre que celle d'« implication ». Elle désigne pour sa part l'imputation d'une responsabilité causale, c'est-à-dire d'une explication *du fait* observé.

[387] La notion de « lutte définitionnelle » a été présentée au cinquième chapitre de la thèse. Elle désigne « les luttes autour de la définition d'un problème – avec ce qu'elles supposent comme travail de cadrage ou de recadrage, comme effets d'imposition et d'occultation » (Gilbert *et al.*, 2009, p.16)

[388] Cette notion de « traitement » a été développée dans mon article « Le "traitement" des personnes malades mentales à l'heure de la désinstitutionnalisation **»** (Printz, 2023a).

nécessaire de toutes les relations thérapeutiques », elles sont plutôt « propres et contingentes à la manière contractuelle-individualiste de faire les choses » (Sedgwick, 1974, p. 73). Cependant, le « modèle contractuel de la provision de soins »[389] (*Id.*) reste absolument prégnant, renforcé dans le cadre de l'individualisme possessif. Il faut donc prendre garde à ne faire que renforcer le pôle libéral, dont on a vu les apories, en promouvant le contractualisme médical au nom de la suppression, nécessaire, des formes sécuritaires de régulation de la question psychique.

Il s'agit alors sans doute d'esquisser plutôt ce que pourrait être une véritable conception sociale et politique de la question, sortant du seul *cure* pour penser toute la dimension de *care* qu'elle comporte. Ainsi, repartant de l'expérience familiale des troubles, on peut se demander s'il ne faudrait pas renverser le rapport de prééminence au sein de l'économie des responsabilités. Peut-être faudrait-il en effet partir avant tout des *responsabilités de faire*, c'est-à-dire de l'implication normative des troubles (ce en quoi elle *engage collectivement* la société) plutôt que ce qu'ils *sont* dans le registre inférentiel des causes (maladie mentale ou non). C'est là l'implication d'une véritable perspective pragmatiste sur les troubles : ils *sont* par les manières (négatives ici) dont ils se manifestent. En d'autres termes, ils sont avant toute chose et toujours par la souffrance

[389] Ma trad. : *« I shall contend that the contractual model of medical delivery introduces specific distortions into the identification of disease and the provision of health care-distortions which are not a necessary feature of all therapeutic relationships whatsoever and are peculiar to and contingent upon the contractual-individualist way of getting things done. »*

qu'ils font peser sur les personnes concernées et leur environnement social. Cela va dans le sens des demandes du rejet des politiques de santé en *silo* : la responsabilité *des faits* n'importe jamais qu'en second lieu par rapport à la nécessité impérieuse de toujours affirmer une responsabilité socialisée *du faire*. Ce parti pris nous entraîne alors vers une conception maximaliste[390] et radicale des politiques sociales et sanitaires, qui se rendent *sensibles* à la souffrance et se confrontent alors à la question, multiple et protéiforme, des vulnérabilités.

Les réflexions sur le care, et l'heuristique de la vulnérabilité en leur sein, constituent une piste, pour organiser des politiques fondées dans l'attention aux situations, en ce qu'elles sont vécues ; une politique de la *considération* plutôt que de la *sidération*[391] pour emprunter ces termes à Marielle Macé (2017).

> Le *care* n'est pas un simple sentiment. Il ne s'agit pas non plus d'une attitude de déférence ou d'attention. Il s'agit plutôt d'une valeur pragmatique, qui exige de fournir ce qui est nécessaire à la santé, au bien-être, à l'entretien et à la sécurité, tout en veillant à faire les choses correctement afin d'éviter les dommages ou les risques inutiles. Ainsi, la politique des soins commence par la conviction que l'expérience vécue est importante et que la

[390] C'est-à-dire qui conçoit la justice sociale en termes de compensation (égalisation des opportunités) plutôt que de nivellement (égalisation des chances). Voir par exemple le travail de M. Nussbaum (2009) sur le handicap mental.

[391] La sidération désigne la réaction de choc face à un état critique, éruptif, dangereux, et marqué par un rapport d'extériorité, elle « s'accompagne d'une sorte de paralysie, ou d'un recul » (Tourte, 2017). À l'inverse, la considération, c'est « faire cas de », c'est « prendre en estime », « c'est regarder attentivement, avoir des égards, faire attention, tenir compte, ménager avant d'agir et pour agir » (Macé, 2022).

> réalité de nos expériences doit être au centre de notre politique[392]. (Woodly, 2020)

Ce qu'il s'agirait de *mettre au centre de nos politiques*, de *considérer* d'abord et avant toute chose, ce n'est sans doute pas au sociologue de le déterminer. Si je peux identifier les risques respectifs des conceptions libérales et sécuritaires de la question psychique, il ne m'appartient pas de proposer une autre conception, *clé sur porte*. Je voudrais néanmoins terminer cette thèse sur une évocation de l'heuristique de la vulnérabilité, et de la « *conception radicalement socialisée* des troubles[393] » à laquelle elle engage. Il ne s'agit pas d'une seule question clinique et thérapeutique. Il s'agit d'une question réellement politique, qui questionne les conditions matérielles d'existence des personnes et prenne en compte les formes de vie dans lesquelles se déploie cette existence, qui pense la responsabilité politique « à l'égard des conditions faites à la vie » (Macé, 2018, p. 51). Elle offre, selon moi, des pistes fécondes et capables de répondre aux aspirations et besoins, aussi bien des personnes concernées que de leurs proches.

Il s'agira alors sans doute de repenser les responsabilités, surtout au vu de tout ce travail invisibilisé du *care* qui est

---

[392] Ma trad. : « *Care, here, is not a mere sentiment. Nor does it indicate a posture of deference or coddling. Instead, care is a pragmatic value, requiring the provision of what is necessary for health, welfare, maintenance, and safety with serious attention to doing things correctly in order to avoid unnecessary damage or risk. In this way, the politics of care begins with the conviction that lived-experience matters and the reality of our experiences must be centered in our politics*. »

[393] L'expression est de Mark Cresswell et Helen Spandler (2009) dans leur article évaluant l'héritage de Peter Sedgwick pour les politiques de santé mentale.

central pour le fonctionnement de l'État et du marché, et plus largement pour « la reproduction » et « la régénération » de la société[394] (Fineman, 2013, p.19). Il s'agira de déployer des politiques sociales et sanitaires *sensibles* aux situations (*responsive*)[395]. Ainsi, on retrouve l'idée première du développement de formes de régulation pathiques et *soucieuses* de renforcer les capacités des personnes là où elles sont, et en fonction des demandes qu'elles expriment.

> Ce sont ces aspirations à l'égalité réelle pour les personnes vulnérables qui devraient constituer les idéaux ultimes à l'aune desquels l'État et ses institutions sociétales, ainsi que leurs actions, sont jugés[396] (Fineman, 2013, p. 27)

Quelles formes concrètes prendrait une régulation de la question psychique basée sur une conception radicalement socialisée des troubles ? Une fois de plus, le sociologue n'est ni oracle ni prescripteur. Mais il est toutefois partie prenante du débat social, et membre d'une communauté scientifique. Dès lors, je voudrais clarifier ce qu'implique cette *conception radicalement socialisée des troubles* et ce qu'elle dessine peut-être comme pistes d'action et

---

394 Cette question de la « reproduction » s'intègre sans trop d'effort à l'approche de la régulation telle que développée au premier chapitre.

395 Martha Fineman et Anna Grear (2013) placent leurs écrits dans l'horizon d'un « responsive state ». Le contexte états-uniens de production de leur théorie doit évidemment être pris en compte dans cet appel à un renforcement des capacités pro-actives d'identification et d'intervention étatiques. Dans le cadre de cette thèse, j'ai parlé de « politiques » et de « formes de régulation », qui englobent des pratiques et des instances bien plus larges que celles de l'État.

396 Ma trad. : « *It is those aspirations for substantive equality for the vulnerable subject that should form the ultimate ideals against which the state and its societal institutions and their actions are judged* »

comme lignes de responsabilité. Celle-ci consiste peut-être d'abord en la mise en place d' « une gamme complète d'outils juridiques (y compris la défense des intérêts et la prise de décision assistée)[397] ». En effet, sans cela,

> il existe un risque presque inévitable d'« escalade » (ou de paternalisme par défaut), lorsque l'absence d'une option moins restrictive ne laisse pas d'alternative intermédiaire à la prise, par exemple, d'une ordonnance de tutelle excessivement sévère[398] (Carney, 2012, p. 9).

On pointera alors la nécessité d'une mise à disposition d'outils nombreux et variés (légaux, administratifs, sociaux et sanitaires) afin d'éviter des mesures excessives par défaut d'alternatives. Il faut pouvoir sortir des choix binaires (dessaisissement libéral — saisissement sécuritaire) pour coller au plus près des situations. Cela sera rendu possible par l'élaboration d'un modèle sophistiqué proposant de très diverses ressources — avec le risque cependant d'une complexité menant à un mésusage ou des non-recours. Ainsi, on reconnaîtra l'importance d'une « distribution égale dans le système général de soins de santé », mais on ne peut s'arrêter là, il faut aussi reconnaître que « l'offre doit tenir compte de la capacité des différents groupes de la société à y accéder effectivement »[399] (Fenton, 2013, p. 132). Michel

---

397 Ma trad. : *« a full spectrum of legal tools (including advocacy and supported decision-making)»*

398 Ma trad. : « *there is an almost inevitable risk of « escalation » (or paternalism by default), where the absence of a less restrictive option leaves no intermediate alternatives to making, say an overly heavy-handed guardianship order* »

399 Ma trad. : « *A vulnerability analysis recognizes equal distribution of general healthcare system [...], but also that provision must take into account the ability of differently situated groups in society to actually access them* »

Chauvière (2024) rappelle en outre la nécessité que ces personnes, qui « font de l'accompagnement des personnes en difficulté […] une activité éthique par principe », soient « dûment reconnu[e]s et salarié[e]s pour ce faire » (p. 113).

Plus largement, en vertu du caractère non strictement médical de la question psychique, il faut aussi se demander,

> comment créer les moyens économiques de l'emploi, les équipements matériels du logement, les structures éthiques de la camaraderie et de la solidarité, pour ceux qui, en raison de diverses formes de handicap mental, ne peuvent pas acheter ces avantages comme des marchandises sur le marché [400] (Sedgwick, 2015, p. 241).

Il s'agit en réalité de *considérer* les formes de vie au sein desquelles les existences se déploient, et de cerner ce qui, en leur sein, amoindrit ou renforce les capacités des personnes à vivre de la manière qu'elles *ont de bonnes raisons de choisir*. *Considérer*, la voie d'une option phénoménologique et sensible aux situations, en tant qu'elles sont *vécues* évidemment, mais également dans leurs dimensions organisées, institutionnelles et donc sociales. Penser ensemble les conditions micro et macro faites aux vies, pour les rendre (plus) vivables ; partout où c'est possible soutenir les personnes vulnérables, mais leurs proches aussi. En effet,

[400] Ma trad. : « *how to create the economic means of employment, the material apparatus of housing, the ethical structures of fellowship and solidarity, for those who through various forms of mental disability cannot purchase these benefits as commodities in the market place* »

> Reste la place des familles […] Elles devraient, elles aussi, bénéficier d'options plus adaptées. Plus précisément d'une implication des professionnels renforcée, individualisée et sensible (pour ne pas dire clinique) en même temps que les options organisationnelles […] Cela devrait en tout cas passer par une offre globale *médico-socio-sanitaire* intégrée, pérenne, modulable et coopérative. (Chauvière, 2024, pp. 115-116)

Ces mots de Michel Chauvière dessinent sans doute un horizon souhaitable pour les formes de régulation de la question psychique, sortie de ses ornières sécuritaires ou de son rabattement sur les coordonnées de la responsabilité individuelle. Le sociologue, pessimiste, conclut néanmoins : « Mais peut-on raisonnablement croire que cela est possible ? » (p. 116)

C'est en tout cas en documentant les réalités vécues et croisées des personnes psychiatrisées, de leurs proches et des personnes engagées professionnellement dans leur accompagnement qu'on pourra renforcer les collectifs et les espaces de lutte transversaux, et capables de porter les « revendications transitoires » d'une humanisation des soins et d'un respect des droits de la personne (Sedgwick, 2015). Il s'agirait alors peut-être « d'exposer et combattre les maux des institutions anti-thérapeutiques de la **"**psychiatrie**"** en exigeant une psychiatrie cohérente[401] » (Sedgwick, 1972, p. 223), mais ça, ce n'est pas au chercheur d'en décider

[401] Ma trad. : « *so he must expose and combat the evils of our anti-therapeutic institutions of 'psychiatry' by demanding consistent psychiatry* »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGIDD-SMQ, 2009, *La garde en établissement : une loi de protection… une pratique d'oppression*, Montréal, AGIDD-SMQ.

Archer, Margaret, 1996, « Social Integration and System integration : Developing the Distinction », *Sociology*, 30(4), pp. 679-699.

Aretxaga, Begoña, 2003, « Maddening States », *Annual Review of Anthropology*, 32(1): pp. 393-410.

Aron, Raymond, 2004, « Préface », in Max Weber, *Le savant et le politique*, Paris : 10/18, pp. 9-69.

Aubert, Vilhelm, 1965, *The Hidden Society*, Bedminster Press.

Auwers, Tom, 2021, *Données phares dans les soins de santé. Soins en santé mentale. Édition 2021*. D/2021/2196/12, Bruxelles : SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale soins de santé, Conseil national des établissements hospitaliers.

Bachrach, Leona L., 1980, « Overview : Model Programs for Chronic Mental Patients ». *The American Journal of Psychiatry*, 137(9), pp.1023-1031.

Balibar, Étienne, 2010, « 2. Le renversement de l'individualisme possessif », in Étienne Balibar, *La proposition de l'égaliberté*, *Actuel Marx Confrontations*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 91-126.

Balint, Michael, 2003, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris : Payot.

Barrett, Michèle, et Mary McIntosh, 1982, *The anti-social family*, London : NLB.

Barthe, Yannick, Damien de Blic, Jean-Philippe Heurtin, Éric Lagneau, Cyril Lemieux, Dominique Linhardt, Cédric Moreau de Bellaing, Catherine Rémy, et Danny Trom, 2013, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, 103(3), pp. 175-204.

Bartlett, Peter, et David Wright, 1999, *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community 1750 – 2000*, London : Athlone Press.

Becker, Howard S., 2022, « Erving Goffman, Chicago 1950 », *AOC media - Analyse Opinion Critique*, [en ligne], consulté le 25 novembre 2022, https://aoc.media/opinion/2022/11/17/erving-goffman-chicago-1950/.

Becker, Howard S., 2012, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié.

Becker, Howard S., 2014, *What About Mozart? What About Murder? - Reasoning From Cases*, Chicago : University of Chicago Press.

Béliard, Aude, et Solène Billaud, 2015, « Assurer la relève. Une approche micro-politique des processus de transmission de la tutelle de personnes handicapées », *Sciences sociales et santé* 33(3), pp. 15-41.

Béliard, Aude, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman, et Delphine Moreau, 2015, « "C'est pour son bien". La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences Sociales et Santé*, 33(3), pp. 5-14.

Bellahsen, Mathieu, 2014, *La santé mentale : vers un bonheur sous contrôle*, Paris : La Fabrique.

Benasayag, Miguel, et Angélique del Rey, 2015, *Clinique du mal-être*, Paris : La Découverte.

Benoît, Guy (dir.), 2011, *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruxelles : La Charte.

Bensaïd, Daniel, 2007, *Les dépossédés : Karl Marx, les voleurs de bois et le droit des pauvres*, Paris : Fabrique éditions.

Berger, John, 2014, « Apparences », in John Berger et Jean Mohr, *Une autre façon de raconter [suivi de] Photographie et cinéma, un récit à deux voix*, *L'Œil tendu*. Paris : l'Écarquillé, pp. 83-127.

Berger, Mathieu, 2014, « La participation sans le discours. Enquête sur un tournant sémiotique dans les pratiques de démocratie

participative. », [en ligne], consulté le 23 novembre 2024, https://www.espacestemps.net/articles/la-participation-sans-le-discours/.

Berger, Mathieu, 2017, « Vers une théorie du pâtir communicationnel. Sensibiliser Habermas », *Cahiers de recherche sociologique* (62), pp. 69–108.

Berger, Mathieu, 2020, « *Locked together screaming*. Une assemblée municipale américaine enfermée dans l'offense. » in Laurence Kaufmann et Louis Quéré (dir.), *Les émotions collectives : En quête d'un « objet » impossible*, *Raisons pratiques*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, pp. 381-417

Berger, Mathieu, 2021, « Perception et sémiose du malvenu. Retracer l'excommunication d'un participant dans une assemblée publique », *Les Politiques Sociales* 12(1), pp. 54-71.

Berger, Mathieu, et Carole Gayet-Viaud, 2011, « Du politique comme chose au politique comme activité. Enquêter sur le devenir politique de l'expérience ordinaire. » in Mathieu Berger, Daniel Cefaï et Carole Gayet-Viaud (dir.), *Du civil au politique : ethnographies du vivre-ensemble*, Bruxelles ; New York : PP.I.E. Peter Lang, pp. 9-24.

Berger, Peter L., et Thomas Luckmann, 2014, *La construction sociale de la réalité*, Paris : Armand Colin.

Berlin, Isaiah, 1988, *Eloge de la liberté*, Paris : Calmann-Lévy.

Bernardes, Jon, 1985a, « 'Family Ideology' : Identification and Exploration », *The Sociological Review* 33(2), pp. 275-297.

Bernardes, Jon, 1985b, « Do We Really Know What 'The Family' Is? », in Paul Close et Rosemary Collins (dir.), *Family and Economy in Modern Society*, London : Palgrave Macmillan UK, pp. 192-211.

Bernardes, Jon, 1987, « 'Doing Things with Words' : Sociology and 'Family Policy' Debates », *The Sociological Review* 35(4), pp. 679-702.

Bernardes, Jon, 1999, « We Must Not Define "The Family" ! », *Marriage & Family Review* 28(3-4), pp. 21-41.

Bernheim, Emmanuelle, 2019, « Judiciarisation de la pauvreté et non-accès aux services juridiques : quand Kafka rencontre Goliath », *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire* 25(1), pp. 71-93.

Bernheim, Emmanuelle, 2020, « Justice, Power and Intersectionality : Beyond Psychiatry, the Social Issue in Question », in Marie-Andrée Jacob (dir.), *Research Handbook on Socio-Legal Studies of Medicine and Health*, Cheltenham : Edward Elgar Publishing, pp. 386-402.

Bernheim, Emmanuelle, et Claire Lebeke, 2014, « De la mère « normale » : Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* (20), pp. 109-127.

Blanchard, François, 1992, « Vers une théorie de la qualification juridique. Les socles épistémiques de la catégorisation », in Danièle Bourcier et Pierre Mackay (dir.), *Lire le droit : langue, texte, cognition*, Paris : LGDJ.

Blum, Pauline, Julie Minoc, et Florence Weber, 2015a, « Familles en danger ? Psychiatrie, hébergement familial et vulnérabilité », *Informations sociales* 188(2), pp. 68-75.

Blum, Pauline, Julie Minoc, et Florence Weber, 2015b, « Familles en danger ? Psychiatrie, hébergement familial et vulnérabilité », *Informations sociales* 188(2), pp. 68-75.

Bobbio, Norberto, 1965, « Law and Force », *The Monist* 49(3), pp. 321-241.

Boltanski, Luc, 1984, « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales* 51(1), pp. 3-40.

Boltanski, Luc, 1990, « Sociologie critique et sociologie de la critique », *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 3(10), pp. 124-134.

Boltanski, Luc, 1993, *La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris : Éditions Métailié.

Boltanski, Luc, 2008, « Institutions et critique sociale. Une approche pragmatique de la domination », *Tracés* 8, pp. 17-43.

Boltanski, Luc, 2009, *De la critique : précis de sociologie de l'émancipation*, Paris : Gallimard.

Bompart, André, L. Cossard, Diederichs, Françoise Domenach, H. Dupont-Monod, M. Foucault, Pierre Gay, Jacques Hassoun, J. Lafon, M. Laval, H. Masse-Dessen, Philippe Sphyras, I. Terrel, et Françoise Tirlocq, 2001, « Table ronde sur l'expertise psychiatrique », in Michel Foucault, *Dits et écrits. I. 1954-1975*, vol. I, édité par Daniel Defert et François Ewald, Paris : Gallimard, pp. 1532-1543.

Bonfantini, Massimo A., et Giampolo Proni, 2015, « Deviner ou ne pas deviner ? », in Umberto Eco et Thomas Albert Sebeok, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*, Liège : Presses Universitaires de Liège, pp. 139-154.

Bouquet, Brigitte, 2021, « Consentement et contrainte : des notions polysémiques », *Vie sociale* 33(1), pp. 13-27.

Boyd, Susan B., 1997, *Challenging the Public/Private Divide: Feminism, Law, and Public Policy*, Toronto ; Buffalo : University of Toronto Press.

Braekman, Elise, Rana Charafeddine, et Sabine Drieskens, 2019, *Enquête de santé 2018 : Aide informelle*, D/2020/14.440.62, Bruxelles : Sciensano.

Brandon, Isabelle, 1994, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », in Guy Benoit, Isabelle Brandon et Jean Gillardin (dir.), *Malades mentaux et incapables majeurs : Emergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles : Facultés universitaires Saint-Louis, pp. 41-59.

Braudel, Fernand, 1962, « Commentaire de Robert Mandrou, "Trois Clefs Pour Comprendre La Folie à l'époque Classique" », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 17(4), pp. 771-772.

Broekman, Jan M., 1986, « Legal Subjectivity as a Precondition for the Intertwinement of Law and the Welfare State », in Gunther Teubner (dir.), *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Berlin ; New York : de Gruyter, pp. 76-108.

Bungener, Martine, 1987, « Logique et statut de la production familiale de santé », *Sciences Sociales et Santé* 5(2), pp. 45-59.

Bungener, Martine, 1995, *Trajectoires brisées : familles captives de la maladie mentale à domicile*, Paris : Inserm.

Caels, Youri, Charles Burquel, et Pierre Smet, 2012, « La santé mentale à Bruxelles : un modèle ? » *Soins Psychiatrie* 33(283), pp. 31-35.

Caillé, Alain, et Frédéric Vandenberghe, 2016, *Pour une nouvelle sociologie classique*, Lormont : Le Bord de l'eau.

Caisson, Max, 1995, « L'Indien, le détective et l'ethnologue », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines* (25), pp. 113-124.

Çakir, Hülya, Mathieu de Backer, et Manu Gonçalves, 2021, « Pour une clinique de la précarité », *La Revue Nouvelle* 6(6), pp. 34-43.

Calvino, Italo, 2011, « L'oreille, le chasseur, le potin », *Critique* (6-7), pp. 533-539.

Canguilhem, Georges, 2009, *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses universitaires de France.

Cantelli, Fabrizio, 2007, *L'Etat à tâtons : pragmatique de l'action publique face au sida*, Bruxelles ; New York : PP.I.E. Peter Lang.

Cantelli, Fabrizio, et Jean-Louis Genard (dir.), 2007, *Action publique et subjectivité*, Paris : LGDJ.

Caprettini, Gian Paolo, 2015, « Peirce, Holmes, Popper », in Umberto Eco et Thomas Albert Sebeok, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*, Liège : Presses Universitaires de Liège, pp. 155-175

Capuano, Christophe, 2021, *Le maintien à domicile : une histoire transversale (France, XIXe - XXIe siècle)*, Paris : Éditions rue d'Ulm.

Carbonnier, Jean, 2001, *Flexible droit : pour une sociologie du droit sans rigueur*, Paris : LGDJ.

Carney, Terry, 1991, *Law at the Margins: Towards Social Participation ?*, Melbourne : Oxford Univ. Press.

Carney, Terry, 2008, « The mental health service crisis of neoliberalism - An antipodean perspective », *International Journal of Law and Psychiatry* 31, pp. 101-115.

Carney, Terry, 2012, « Guardianship, "Social" Citizenship and Theorising Substitute Decision-Making Law », in Israel Doron et Ann M. Soden (dir.), *Beyond Elder Law: New Directions in Law and Aging*, Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg, pp. 1-17.

Carpentier, Normand, 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), pp. 79-106.

Cassiers, Isabelle, et Pierre Reman, 2007, « Ambivalences de l'État-providence. À l'horizon d'un État social actif », *Informations sociales* 142(6), pp. 18-24.

Castagnino, Florent, 2018, « Critique des surveillances studies. Éléments pour une sociologie de la surveillance », *Déviance et Société* 42(1), pp. 9-40.

Castel, Pierre-Henri, 2009, *L'esprit malade : cerveaux, folies, individus*, Paris : Ithaque.

Castel, Robert, 1968, « Présentation », in Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris : Éditions de Minuit, pp. 7-35.

Castel, Robert, 1988, « De l'intégration sociale à l'éclatement du social : l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social », *International Review of Community Development* 60(20), pp. 67–78.

Castel, Robert, 2007, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris : Gallimard.

Castel, Robert, 2008, « La propriété sociale : émergence, transformations et remise en cause », *Esprit* Août/septembre(8), pp. 171-190.

Castel, Robert, 2009, *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, Paris : Éditions du Seuil.

Castel, Robert, 2011, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris : Éditions de Minuit.

Castel, Robert, 2013, « Individus, risques et supports collectifs », *Idées économiques et sociales* 171(1), pp. 24-32.

Castel, Robert, et Claudine Haroche, 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi : entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris : Fayard.

Cavan, Sherri, 1966, *Liquor License : an Ethnography of Bar Behavior*, Chicago : Aldine Pub. Co.

Cefaï, Daniel, 1996, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux* 14(75), pp. 43-66.

Cefaï, Daniel, 2009, « La fabrique des problèmes publics : Boire ou conduire, il faut choisir ! » in Joseph Gusfield, *La culture des problèmes publics : l'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris : Economica, pp. 219-318.

Cefaï, Daniel, 2016, « Publics, problèmes publics, arènes publiques…. Que nous apprend le pragmatisme ? », *Questions de communication* (30), pp. 25-64.

Cefaï, Daniel, et Cédric Terzi, 2012, « Micro-politique du trouble. Du trouble personnel au problème public. Note introductive des traducteurs », in Daniel Cefaï et Cédric Terzi, *L'expérience des problèmes publics*, *Raisons pratiques*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, pp. 51-55.

Chaltiel, Patrick, 2005, « Familles et psychiatrie : comment réduire les malentendus », *Adolescence* 232(2), pp. 333-338.

Chamayou, Grégoire, 2018, *La société ingouvernable : Une généalogie du libéralisme autoritaire*, Paris : La fabrique.

Champeil-Desplats, Véronique, Jérôme Porta, et Laurent Thévenot, 2019, « Introduction : une expérience de recherche coopérative et transverse entre droit et sciences sociales », *Revue des droits de l'homme* (16).

Chapireau, François, 2021, « La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode », *L'information psychiatrique* 97(1), pp. 39-43.

Chapoulie, Jean-Michel, 2016, *La Tradition sociologique de Chicago (1892-1961)*, Paris : Média Diffusion.

Chappe, Vincent-Arnaud, 2010, « La qualification juridique est-elle soluble dans le militantisme ? Tensions et paradoxes au sein de la permanence juridique d'une association antiraciste », *Droit et société* 76(3), pp. 543-567.

Charafeddine, Rana, Sabine Drieskens, Finaba Berete, Elise Braekman, Stefaan Demarest, Lydia Gisle, Lize Hermans, et Johan Van der Heyden, 2020. *Enquête de santé 2018 : Santé et société. Résumé des résultats.* D/2020/14.440/75. Bruxelles : Sciensano.

Chauvier, Éric, 2004, *Fiction familiale : approche anthropolinguistique de l'ordinaire d'une famille.* Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux.

Chauvier, Éric, 2015, « Amy et Jake. Care, réflexivité, négativité », *Recherche en soins infirmiers* 122(3), pp. 97-101.

Chauvier, Éric, 2018a, *Les mots sans les choses*, Paris : Allia.

Chauvier, Éric, 2018b, *Anthropologie*, Paris : Allia.

Chauvière, Michel, 2024, « Contradictions et dangers du trop d'inclusion », in François Gremion, Lise Gremion, Corinne Monney et Marie-Paule Matthey (dir.), *Inclusion scolaire et inégalités : perspectives plurielles et bilan sur les défis*, Berne : Éditions HEP-BEJUNE.

Chriss, James J., 2003, « Goffman as Microfunctionalist », in Javier A. Treviño, *Goffman's Legacy*, Lanham : Rowman & Littlefield, pp. 181-196.

Chunn, Dorothy E., et Shelley A. M. Gavigan, 2004, « Welfare Law, Welfare Fraud, and the Moral Regulation of the 'Never Deserving' Poor », *Social & Legal Studies* 13(2), pp. 219-243.

Cicourel, Aaron, 2008, « Micro-processus et macro-structures. Notes sur l'articulation des différents niveaux d'analyse (Texte présenté par Philippe Corcuff) », *SociologieS*.

Cicourel, Aaron, 2020, *La justice des mineurs au quotidien de ses services*, Genève : IES/HETS.

Colemans, Julie, et Baudouin Dupret, 2021, « Présentation du dossier thématique "Droit, justice et catégorisations" », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 87(2), pp. 123-149.

Colucci, Mario, 2009, « La dangerosité en psychiatrie : la réponse italienne », in Philippe Chevallier (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse : Érès, pp. 159-168.

Cometti, Jean-Pierre, 2011, *Qu'est-ce qu'une règle ?*, Paris : J. Vrin.

Commaille, Jacques, 1993, « Régulation sociale », in André-Jean Arnaud, *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris : LGDJ.

Commaille, Jacques, 1994, *L'esprit sociologique des lois*, Paris : Presses Universitaires de France.

Conrad, Peter, et Joseph W. Schneider, 1992, *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia : Temple University Press.

Cooper, David, 1971, *The Death of the Family*, New York : Random House.

Cooper, Melinda, 2017, *Family values: between neoliberalism and the new social conservatism*, New York : Zone Books.

Corrigan, Patrick, et Frederick Miller, 2004, « Shame, blame, and contamination : A review of the impact of mental illness

stigma on family members », *Journal of Mental Health* 13(6), pp. 537-548.

Cotterrell, Roger, 1998., « Why Must Legal Ideas Be Interpreted Sociologically? », *Journal of Law and Society* 25(2), pp. 171-192.

Coulter, Jeff, 1979, *The social construction of mind : studies in ethnomethodology and linguistic philosophy*, London : Macmillan.

Cresswell, M., et H. Spandler, 2009, « Psycho Politics : Peter Sedgwick's legacy for mental health movements », *Social Theory and Health* 7(2), pp. 129-147.

Croft, Hazel, 2017, « Pour une approche politique de la santé mentale ». *Contretemps. Revue de critique communiste*, [en ligne], consulté le 23 novembre 2024, https://www.contretemps.eu/approche-politique-sante-mentale/

Cumming, Elaine, Ian Cumming, et Laura Edell, 1965, « Policeman as Philosopher, Guide and Friend », *Social Problems* 12(3), pp. 276-286.

Cumyn, Michelle, et Frédéric Gosselin, 2016, « Les catégories juridiques et la qualification : une approche cognitive », *McGill Law Journal/Revue de droit de McGill* 62(2), pp. 329-87.

Curtis, Bruce, 2005, « Fixity and fluidity. Beyond Agency/Institution », in Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical understanding of their interaction*, Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 548-562.

Dagenais, Michèle, 2005, « Des espaces aux pratiques de récréation : la régulation des loisirs publics à Montréal et Toronto, 1870-1940 », in Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical understanding of their interaction*, Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 204-219.

Daly, Mary, et Jane Lewis, 2000, « The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States », *The British Journal of Sociology* 51(2), pp. 281-298.

Damamme, Aurélie, et Patricia Paperman, 2009, « Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin », *Multitudes* 37-38(2), pp. 98-105.

Darmon, Muriel, 2008, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris : la Découverte.

Das, Veena, 2013, « Institutions psychiatriques et vies singulières. La maladie mentale en contexte de pauvreté urbaine », in Anne Lovell, Stefania Pandolfo, Veena Das et Sandra Laugier, *Face aux désastres : une conversation à quatre voix sur le care, la folie et les grandes détresses collectives*, Paris : IIthaque, pp. 135-160.

Davtian, Hélène, et Éliane Collombet, 2014, « Aidant familial en psychiatrie, une place "naturelle" ? », *Empan* 94(2), pp. 47-52.

De Munck, Jean, 2002, « La santé mentale au-delà de l'aliénation », *La Revue Nouvelle* 115(2), pp. 59-69.

De Munck, Jean, 2003, « Le Grand-Hornu comme modèle de régulation sociale », *La Revue Nouvelle* (7), pp. 40-45.

De Munck, Jean, 2006, « Vers un nouveau paradigme du droit », in François Eymard-Duvernay*, L'économie des conventions, méthodes et résultats,* Paris : La Découverte, pp. 249-262.

De Munck, Jean, 2022, « La part du droit dans le processus de démocratisation de la famille ». in Nathalie Dandoy, Jehanne Sosson, Fabienne Tainmont et Geoffrey Willems, *Individu, famille, État : Réflexions sur le sens du droit de la personne, de la famille et de son patrimoine. Hommage au Professeur Jean-Louis* Renchon, Bruxelles : Editions Larcier, pp. 143-168.

De Munck, Jean, Jean-Louis Genard, Olgierd Kuty, Didier Vrancken, Didier Delgoffe, Jean-Yves Donnay, Martin Moucheron, et Claude Macquet, 2003, *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent : Academia Press.

De Munck, Jean, et Léonard Pardoen, 2024, « Santé mentale, care et droits », Louvain Papers on Democracy & Society 88, Louvain-La-Neuve : CriDIS, [en ligne], consulté le 24 novembre 2024, https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/iacchos/cridis/working-papers.html

Deledalle, Gérard, 1966, *L'idée d'expérience dans la philosophie de John Dewey*, Paris : Presses Universitaires de France.

Deleuze, Gilles, et Félix Guattari, 1980, *Mille plateaux*, Paris : Éditions de minuit.

Delruelle, Edouard, 2020, *Philosophie de l'État social : civilité et dissensus au XXIe siècle*, Paris : Éditions Kimé.

Delvaux, Bernard, 1986, « Les hôpitaux en Belgique : Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1140-1141(35), pp. 1-67.

Demazière, Didier, 2013, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie* 4(3), pp. 333-347.

Desmedt, Daniel, 1994, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », in Guy Benoît, Isabelle Brandon et Jean Gillardin, *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles : Facultés universitaires Saint-Louis, pp. 149-164.

Dewey, John, 1941, « My Philosophy of Law », in *My Philosophy of Law : Credos of Sixteen American Scholars*, Boston : Boston Law Book Company, pp. 73-85.

Dewey, John, 2007, *Logic: The Theory of Inquiry*, Place of publication unknown : Read Books.

Dewey, John, 2011, *La formation des valeurs*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Dewey, John, 2014a, *Reconstruction en philosophie*, Paris : Gallimard.

Dewey, John, 2014b, *La quête de certitude : Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris : Gallimard.

Di Vittorio, Pierangelo, 2013, « Au-delà du normal et de l'anormal. Hypothèses sur l'homme néolibéral », *Essaim* 31(2), pp. 33-48.

Dodier, Nicolas, et Janine Barbot, 2009, « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », in John Cultiaux et Thomas Périlleux, *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse : Érès, pp. 99-117.

Dodier, Nicolas, et Janine Barbot, 2016, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 71 (2), pp. 421-450.

Donzelot, Jacques, 1994, *L'invention du social : essai sur le déclin des passions politiques*, Paris : Seuil.

Donzelot, Jacques, et Alain Ehrenberg, 2010, « La souffrance des individus : un problème social ? À propos de "la Société du malaise", d'Alain Ehrenberg », *Esprit* 366 (7), pp. 7-21.

Drew, Paul, 1998, « Complaints About Transgressions and Misconduct », *Research on Language and Social Interaction* 31(3-4), pp. 295-325.

Dubois, Anne-Catherine, Matthias Schell, Maëlle Boland, Hermès Gerrienne, Alain Javaux, et Isabelle Aujoulat, 2020, « L'éducation thérapeutique des proches aidants : une réponse émergente aux besoins de répit des parents d'un enfant malade ou en situation de handicap Résultats d'une recherche participative en Région wallonne (Belgique) », *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education* 12(1).

Dubois, Philippe, 2016, « De l'image-trace à l'image-fiction. Le mouvement des théories de la photographie de 1980 à nos jours », *Études photographiques* (34).

Dulong, Renaud, 1983, *L'autodéfense : enquête sur quelques faits indécidables*, Paris : Librairie des Méridiens.

Dulong, Renaud, 1997, « Les opérateurs de factualité. Les ingrédients matériels et affectuels de l'évidence historique », *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 10(39), pp. 65-85.

Dulong, Renaud, 1998, *Le témoin oculaire. Les conditions sociales de l'attestation personnelle*, Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Dupret, Baudouin, 2004, « Sociologie pragmatique : Ethnométhodologie et analyse de conversation », in Loïc Cadiet, *Dictionnaire de la justice*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 1245-1248.

Dupret, Baudouin, 2005a, « Présentation », *Droit et société* n° 61(3), pp. 619-625.

Dupret, Baudouin, 2005b, « Le corps mis au langage du droit : comment conférer à la nature une pertinence juridique », *Droit et société* n° 61(3), pp. 627-653.

Durkheim, Émile, 2007, *De la division du travail social*, Paris : Presses universitaires de France.

Duvoux, Nicolas, et Serge Paugam, 2013, *La régulation des pauvres*, Paris : Presses universitaires de France.

Eco, Umberto, 2005, *Kant et l'ornithorynque*, Paris : Grasset.

Eco, Umberto, et Thomas Albert Sebeok, 2015, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*, Liège : Presses Universitaires de Liège.

Edelman, Bernard, 1990, « "Ma" définition du droit », *Droits* (11), pp. 21-23.

Eghigian, Greg, 2011, « Deinstitutionalizing the History of Contemporary Psychiatry », *History of Psychiatry* 22(2), pp. 201-214.

Ehrenberg, Alain, 2004, « Le sujet cérébral », Esprit 309 (11), pp. 130-155.

Ehrenberg, Alain, 2010, *Société du malaise*, Paris : Odile Jacob.

Ehrenberg, Alain, 2016, « Santé mentale : quel cadre de réflexion pour quelle action ? », *Esprit* Décembre(12), pp. 27-30.

Elias, Norbert, 2003, *La Dynamique de l'occident*, Paris : Pocket.

Elias, Norbert, 2004, *La société des individus*, Paris : Pocket.

Elias, Norbert, 2015, *Théorie des symboles*, Paris : Éditions du Seuil.

Emerson, Robert M., 1981, « On Last Resorts », *American Journal of Sociology* 87(1), pp. 1-22.

Emerson, Robert M., 2006, « Reflections on the Study of Informal Social Control », *Sociologisk Forskning* 43(1), pp. 71-76.

Emerson, Robert M., 2008, « Responding to Roommate Troubles : Reconsidering Informal Dyadic Control », *Law & Society Review* 42(3), pp. 483-512.

Emerson, Robert M., 2009, « Ethnography, Interaction and Ordinary Trouble », *Ethnography* 10(4), pp. 535-548. doi :

Emerson, Robert M., 2011, « From Normal Conflict to Normative Deviance : The Micro-Politics of Trouble in Close Relationships », *Journal of Contemporary Ethnography* 40(1), pp. 3-38.

Emerson, Robert M., 2015, *Everyday Troubles – The Micro-Politics of Interpersonal Conflict*, Chicago ; London : University of Chicago Press.

Emerson, Robert M., et Sheldon L. Messinger, 1977, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems* 25(2), pp. 121-134.

Emerson, Robert M., et Sheldon L. Messinger, 2020, « Micro-politique du trouble : Du trouble personnel au problème public », Daniel Cefaï et Cédric Terzi, *L'expérience des problèmes publics*, *Raisons pratiques*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, pp. 57-80.

Emerson, Robert M., et Carol A. B. Warren, 1983, « Trouble and the Politics of Contemporary Social Control Institutions », *Urban Life* 12(3), pp. 243-247.

Engstrom, Eric J., 2008, « Cultural and Social History of Psychiatry », *Current Opinion in Psychiatry* 21(6), pp. 585-592.

Enzensberger, Hans Magnus, 2011, « Le Déserteur sans malice. Reconstitution d'une exécution capitale », in Hans Magnus

Enzensberger, *Politique et crime : neuf études* Paris : Gallimard, pp. 201-236.

Epp, Charles R., 2009, *Making rights real: activists, bureaucrats, and the creation of the legalistic state*, Chicago : University of Chicago Press.

Esping-Andersen, Gøsta, 2007, *Les trois mondes de l'État-providence : essai sur le capitalisme moderne*, Paris : Presses universitaires de France.

Esquirol, Étienne, 1838, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, Paris : J.-B. Baillières, libraire de l'Académie de médecine.

Estroff, Sue E., 1981, *Making it crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American community*, Berkeley : University of California Press.

Etzioni, Amitai, 1976, *Social Problems*, Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Ewald, François, 1987, « Justice, Equality, Judgement : On "Social Justice" », in Gunther Teubner, *Juridification of Social Spheres : a Comparative Analysis in the Areas of Labor, Corporate, Antitrust and Social Welfare Law*, Berlin ; New York : de Gruyter, pp. 49-90.

Ewald, François, et Denis Kessler, 2000, « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat* 2(109), pp. 55-72.

Eyraud, Benoît, 2012, *Protéger et rendre capable : la considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse : Érès.

Eyraud, Benoît, 2021, « L'incertitude dans le contexte du « tournant juridique » des régulations de la santé mentale », *Sciences sociales et sante* 39(1), pp. 69-74.

Eyraud, Benoît, et Nicolas Henckes, 2013, « Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 », *Le Mouvement Social* 242(1), pp. 61-79.

Eyraud, Benoît, Julie Minoc, et Cécile Hanon (dir.), 2018, *Choisir et agir pour autrui ? controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*, Montrouge : Doin éditeurs.

Eyraud, Benoît, et Delphine Moreau, 2013, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits* (90), pp. 117-134.

Fassin, Didier, 2000, « La Supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 55(5) :, pp. 953-981.

Fassin, Didier, 2006, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute : Une configuration sémantique de l'action publique ». *Politix* 73(1), pp. 137-157.

Fassin, Didier, 2009, « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64(6), pp. 1235-1266.

Fassin, Didier, 2018, *La vie. Mode d'emploi critique*, Paris : Seuil.

Fecteau, Jean-Marie, 1989, *Un nouvel ordre des choses : la pauvreté, le crime, l'État au Québec, de la fin du XVIIIe à 1840,* Montréal : VLB.

Fecteau, Jean-Marie, 2004, *La liberté du pauvre : sur la régulation du crime et de la pauvreté au XIXe siècle québécois*, Montréal : VLB.

Fecteau, Jean-Marie, et Janice Harvey, 2005a, « Des acteurs aux institutions. Dialectique historique de l'interaction et rapports de pouvoir », in Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey (dir.), *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical understanding of their interaction*, Québec : Presses universitaires de Québec, pp. 3-15.

Fecteau, Jean-Marie, et Janice Harvey (dir.), 2005b. *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical understanding of their interaction*. Québec : Presses universitaires de Québec.

Fehér, Ferenc, et Agnes Heller, 1994, *Biopolitics*, Aldershot : Avebury.

Felstiner, William L. F., Richard L. Abel, et Austin Sarat, 1980, « The Emergence and Transformation of Disputes : Naming, Blaming, Claiming . . . », *Law & Society Review* 15(3/4), pp. 631-654.

Fennell, Phil, 1986, « Law and psychiatry : The legal constitution of the psychiatric system », *Journal of Law and Society* 13(1), pp. 35-65.

Fennell, Phil, 2008, « Human rights, bioethics, and mental disorder », *Medecine & Law* 27, pp. 95-107.

Fenton, Rachel Anne, 2013, « Assisted Reproductive Technology Provision and the Vulnerability Thesis: From the UK to the Global Market », in Martha Fineman et Anna Grear (dir.), *Vulnerability: reflections on a new ethical foundation for law and politics*, *Gender in law, culture, and society*, Farnham, Surrey, England ; Burlington, VT : Ashgate, pp. 125-146.

Fernandez, Fabrice, et Stéphanie Gariépy, 2018, « Les failles affectives : Ethnographie politique de l'enquête sur remise en liberté », *TSANTSA – Journal of the Swiss Anthropological Association* 23, pp. 43-52.

Ferraro, Kathleen J., 1983, « Negotiating Trouble in a Battered Women's Shelter », *Urban Life* 12(3), pp. 287-306.

Feys, Jean-Louis, 2017, « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'information psychiatrique* 93(6), pp. 457-63.

Fineman, Martha, 2013, « Equality, Autonomy, and the Vulnerable Subject in Law and Politics », in Martha Fineman et Anna Grear (dir.), *Vulnerability: reflections on a new ethical foundation for law and politics*, *Gender in law, culture, and society*, Farnham, Surrey, England ; Burlington, VT : Ashgate, pp. 13-27.

Fineman, Martha, et Anna Grear (dir.), 2013, *Vulnerability: reflections on a new ethical foundation for law and politics*, Farnham, Surrey, England ; Burlington, VT : Ashgate.

Fineman, Martha, 1995, « Masking Dependency : The Political Role of Family Rhetoric », *Virginia Law Review* 81(8), pp. 2181-2215.

Fleury, Cynthia, et Antoine Fenoglio, 2022, *Ce qui ne peut être volé : charte du Verstohlen*, Paris : Éditions Gallimard.

Foucault, Michel, 1977, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Galilée.

Foucault, Michel, 1983a, « Un système fini face à une demande infinie », *Sécurité sociale : l'enjeu.* Paris : Syros, pp. 39-63.

Foucault, Michel, 1983b, *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Paris : Presses universitaires de France.

Foucault, Michel, 1986, « *Omnes et singulatim* : Vers une critique de la raison politique », *Le Debat* 41(4), pp. 5-36.

Foucault, Michel, 1996, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère : un cas de parricide au XIXe siècle*, Paris : Gallimard.

Foucault, Michel, 1999, *Les anormaux : cours au Collège de France (1974 - 1975)*, Paris : Gallimard.

Foucault, Michel, 2001, « Le pouvoir psychiatrique », in Michel Foucault, *Dits et écrits. I. 1954-1975*, vol. I, Paris : Gallimard, pp. 1543-1554.

Foucault, Michel, 2008, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.

Foucault, Michel, 2009, *L'ordre du discours : Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris : Gallimard.

Fraenkel, Béatrice, 2006, « Actes écrits, actes oraux : la performativité à l'épreuve de l'écriture », *Études de communication* 29(1), pp. 69-93.

Fraenkel, Béatrice. 2007, « Actes d'écriture : quand écrire c'est faire », *Langage et société* 121-122(3-4), pp. 101-112.

Freeman, Michael D. A., 1985, « Towards a Critical Theory of Family Law », *Current Legal Problems* 38(1), pp. 153-185.

Frega, Roberto, 2006, *Pensée, expérience, pratique : essai sur la théorie du jugement de John Dewey*, Paris : Harmattan.

Freund, Julien, 1976, « L'ennemi et le tiers dans l'Etat », *Archives de Philosophie du Droit* 21, pp. 23-38.

Friedman, Lawrence M., 1986, « Legal Culture and the Welfare State », in Gunther Teubner (dir.), *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Berlin ; New York : de Gruyter, pp. 13-27.

Frison-Roche, Anne-Marie, 2003, « Jean Carbonnier (1908-2003) », *L'Année sociologique* 53(1), pp. 289-292.

Fuller, Richard C., et Richard R. Myers, 1941, « The natural history of a social problem », *American Sociological Review* 6(3), pp. 320-329.

Furtos, Jean, 2005, « Introduction. Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie) », in Jean Furtos et Christian Laval, *La santé mentale en actes*, Toulouse : Erès, pp. 9-38.

Furtos, Jean, 2009, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris : Éditions rue d'Ulm.

Gabarron-Garcia, Florent, 2018, « La psychanalyse au pays des soviets », *Actuel Marx* 64(2), pp. 162-174.

Gaïti, Brigitte, et Liora Israël, 2003, « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 16(62), pp. 17-30.

de Galembert, Claire, 2010, « Une autre manière de penser la force du droit… », *Droit et société* 76(3), pp. 723-729.

Garapon, Antoine, 1989, « Modèle garantiste et modèle paternaliste dans les systèmes de justice des mineurs », *Actes. Les cahiers d'action juridique* (66), pp. 19-23.

Garcia-Villegas, Mauricio, 2015, *Les Pouvoirs du droit. Analyse comparée d'études sociopolitiques du droit*, Paris : LGDJ.

Garfinkel, Harold, 1965, « Conditions of Successful Degradation Ceremonies », *American Journal of Sociology* 61(5), pp. 420-424.

Gascon, Jean-Christophe, s. d., « Le concept de régulation sociale et la théorie sociale du droit : notes préliminaires en vue de recherches futures pour le groupe perspectives sociologiques du droit », Document de travail rédigé pour le groupe de recherches Perspectives sociologiques du droit ; Département de sociologie de l'UQAM.

Gauchet, Marcel, et Gladys Swain, 1980, *La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris : Gallimard.

Gauchet, Marcel, et Gladys Swain, 1983, « Un nouveau regard sur l'histoire de la folie : Entretien avec Marcel Gauchet et Gladys Swain », *Esprit* 83 (11), pp. 77-86.

Gauchet, Marcel, et Gladys Swain, 1997, *Le sujet de la folie : Naissance de la psychiatrie*, Paris : Calmann-Lévy.

Genard, Jean-Louis, 1999, *La grammaire de la responsabilité*, Paris : Les éditions du Cerf.

Genard, Jean-Louis, 2007, « Une mutation anthropologique ? », *La Revue Nouvelle* (10), pp. 30-39.

Genard, Jean-Louis, 2009, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », in John Cultiaux et Thomas Périlleux, *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse : Érès, pp. 27-45.

Genard, Jean-Louis, 2018, « Pourquoi l'hospitalité ? », *SociologieS*.

Genard, Jean-Louis, et Fabrizio Cantelli, 2006, « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? », in Fabrizio Cantelli et Jean-Louis Genard (dir.), 2007, *Action publique et subjectivité*, Paris : LGDJ, pp. 41-64.

Genard, Jean-Louis, et Fabrizio Cantelli, 2008, « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS*.

Gil, Fernando, 1993, *Traité de l'évidence*, Grenoble : Éditions Jérôme Millon.

Gilbert, Claude, Emmanuel Henry, et Isabelle Bourdeaux, 2009, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », in Claude Gilbert etEmmanuel Henry, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris : La découverte, pp. 7-33.

Gillardin, Jean, 1994, « Les droits de l'homme, fondements de la loi du 26 juin 1990 », in Guy Benoît, Isabelle Brandon et Jean Gillardin, *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles : Facultés universitaires Saint-Louis, pp. 13-24.

Ginzburg, Carlo, 1980, « Signes, traces, pistes : Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat* 6(6), pp. 3-44.

Ginzburg, Carlo, 2007, *Le juge et l'historien. Considérations en marge du procès Sofri*, Lagrasse : Verdier.

Ginzburg, Carlo, 2010, *Mythes, emblèmes, traces : morphologie et histoire*, Lagrasse : Verdier.

Giraud, Olivier, 2017, « L'introuvable démocratie du care ? », *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences* 55(1), pp. 127-147.

Giraud, Olivier, et Blanche Le Bihan, 2022, « Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants », in Olivier Giraud, *Politiques sociales : l'état des savoirs*, Paris : La Découverte, pp. 115-133.

Goffman, Erving, 1968, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving, 1969, « The Insanity of Place », *Psychiatry* 32(4), pp. 357-388.

Goffman, Erving, 1973, *Les Relations en public. La mise en scène de la vie quotidienne II*, Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving, 1975, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving, 1983, « The Interaction Order : American Sociological Association, 1982 Presidential Address », *American Sociological Review* 48(1), pp. 1-17.

Goffman, Erving, 1986, « La condition de félicité — 2 », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 65(1), pp. 87-98.

Goffman, Erving, 1989, « Calmer le jobard : quelques aspects de l'adaptation à l'échec », in *Le Parler frais d'Erving Goffman : colloque de Cerisy*, Paris : Éditions de Minuit, pp. 277-300.

Goffman, Erving, 2002, *Arrangement des sexes*, Paris : La Dispute.

Goffman, Erving, 2013, *Comment se conduire dans les lieux publics : notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris : Économica.

Goffman, Erving, 2016, *Les moments et leurs hommes*, Paris : Points.

Gordon, Colin, 1987, « Psychiatry as a Problem of Democracy », in Peter Miller et Nikolas Rose, *The Power of Psychiatry*, Cambridge : Polity Press, pp. 267-315.

Gosta Esping-Andersen, 2000, « The Sustainability of Welfare States into the Twenty-First Century », *International Journal of Health Services* 30(1), pp. 1-12.

Gottschalk, Louis, 1938, « Leon Trotsky and the Natural History of Revolutions », *American Journal of Sociology* 44(3), pp. 339-354.

Gove, Walter R., 1970, « Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness : An Evaluation », *American Sociological Review* 35(5), pp. 873-884.

Grahame, Peter R., 1998, « Ethnography, Institutions, and the Problematic of the Everyday World ». *Human Studies* 21(4), pp. 347-360.

Griffith, Alison, et Dorothy Smith, 2004, *Mothering for Schooling*, New York : Routledge.

Gubrium, Jaber F., 1983, « Introduction : Institutionalization and the Family », *Journal of Family Issues* 4(4), pp. 531-532.

Gubrium, Jaber F., 1988, « The Family as Project », *The Sociological Review* 36(2), pp. 273-296.

Gubrium, Jaber F., et James A. Holstein, 1993, « Family Discourse, Organizational Embeddedness, and Local Enactment », *Journal of Family Issues* 14(1), pp. 66-81.

Guislain, Joseph, 1826, *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, Amsterdam : J. Van Der Hey et fils, et les héritiers H. Gartman.

Gusfield, Joseph R., 1975, « Categories of Ownership and Responsibility in Social Issues : Alcohol Abuse and Automobile Use », *Journal of Drug Issues* 5(4), pp. 285-303.

Gusfield, Joseph R., 2003, « Action collective et problèmes publics. Entretien avec Daniel Cefaï et Danny Trom », in Daniel Cefaï et Dominique Pasquier (dir.), *Les sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*. Paris : Presses universitaires de France, pp. 63-78.

Gusfield, Joseph R., 2009, *La culture des problèmes publics : l'alcool au volant. La production d'un ordre symbolique*, Paris : Economica.

Gusfield, Joseph R., 2012, « Significations disputées. Contester la propriété et l'autorité des problèmes sociaux », in Daniel Cefaï et Cédric Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics*, *Raisons pratiques*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, pp. 113-132.

Gutiérrez, Marcio, et Emmanuelle Bernheim, 2017, *Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique*, Action Autonomie et Service aux collectivités.

Gwyn, Richard, 2001, *Communicating Health and Illness*, London : SAGE Publications Ltd.

Haber, Stéphane, 2012, « Renouveau de la philosophie sociale ? » *Esprit* (3), pp. 131-149.

Habermas, Jürgen, 1986a, *Connaissance et intérêt*, Paris : Gallimard.

Habermas, Jürgen, 1986b, « Law as Medium and Law as Institution », in Gunther Teubner (dir.), *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Berlin ; New York : de Gruyter, pp. 203-220.

Habermas, Jürgen, 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris : Fayard.

Habermas, Jürgen, 1993, *L'espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Paris : Payot.

Hacking, Ian, 1991, « A Tradition of Natural Kinds », *Philosophical Studies* 61(1-2), pp. 109-126.

Hacking, Ian, 2002, *Mad Travelers – Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Cambridge, Mass : Harvard University Press.

Hacking, Ian, 2004, « Between Michel Foucault and Erving Goffman : Between Discourse in the Abstract and Face-to-Face Interaction », *Economy and Society* 33(3), pp. 277-302.

Hacking, Ian, 2007, « Kinds of People : Moving Targets », *Proceedings of the British Academy* 151, pp. 285-318.

Hacking, Ian, 2008, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris : La Découverte.

Hak, Tony, 1989, « Developing a Text-Sociological Analysis », *Semiotica* 75(1/2), pp. 25-42.

Hamon, Romuald, 2018, « L'homme justicier : paranoïa quérulente et passage à l'acte meurtrier », in Romuald Hamon et Yohan Trichet, *Les fanatismes aujourd'hui. Enjeux cliniques des nouvelles* radicalités, Toulouse : Érès, pp. 385-407.

Hancock, Black Hawk, et Roberta Garner, 2021, « Erving Goffman and "The New Normal" : Havoc and Containment in the Pandemic Era », *The American Sociologist* 52(3), pp. 548-578.

Harrowitz, Nancy, 2015, « Le coeur du modèle policier : Charles S. Peirce et Edgar Allan Poe », in Umberto Eco et Thomas Albert Sebeok, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*, Liège : Presses Universitaires de Liège, pp. 205-223.

Hassenteufel, Patrick, 1996, « L'État-providence ou les métamorphoses de la citoyenneté », *L'Année sociologique* 46(1), pp. 127-149.

Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, 1999, *Principes de la philosophie du droit*, Paris : Flammarion.

Heller, Agnes, 2016, « Rights, Modernity, Democracy », in Drucilla Cornell, Michel Rosenfeld et David Gray Carlson (dir.), *Deconstruction and the Possibility of Justice*. New York; London : Routledge, pp. 346-361.

Henckes, Nicolas, 2011, « Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-Twentieth Century: A Framework for Analysis », *History of Psychiatry* 22(2), pp. 164-181.

Hennion, Antoine, et Pierre Vidal-Naquet, 2015, « La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile », *Alter* 9(3), pp. 207-221.

Ho Dinh, Anne-Marie, 2007, « Le « vide juridique » et le « besoin de loi ». pour un recours à l'hypothèse du non-droit », *L'Année sociologique* 57(2), pp. 419-453.

Hollingsworth, Ellen Jane, 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), pp. 899-928.

Holstein, James A., 1984, « The Placement of Insanity : Assessments of Grave Disability and Involuntary Commitment Decisions », *Urban Life* 13(1), pp. 35-62.

Holstein, James A., 1987, « Mental Illness Assumptions in Civil Commitment Proceedings », *Journal of Contemporary Ethnography* 16(2), pp. 147-75.

Holstein, James A., 1988a, « Studying Family Usage : Family Image and Discourse in Mental Hospitalization Decisions », *Journal of Contemporary Ethnography* 17(3), pp. 261-284.

Holstein, James A., 1988b, « Court Ordered Incompetence : Conversational Organization in Involuntary Commitment Hearings », *Social Problems* 35(4), pp. 458-473.

Holstein, James A., 1993, *Court-ordered insanity: interpretive practice and involuntary commitment*, New York : de Gruyter.

Holstein, James A., 2005, « Pathologie mentale et justice : produire des évaluations psychiatriques », *Droit et société* 3(61), pp. 701-718.

Hunsworth, C. R., 1988, « Law and Society : un regard sur l'Angleterre de Thatcher », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 21(2), pp. 85-99.

Hunt, Alan, 1985, « The Ideology of Law : Advances and Problems in Recent Applications of the Concept of Ideology to the Analysis of Law », *Law & Society Review* 19(1), pp. 11-37.

Hunt, Alan, 1992, « Foucault's Expulsion of Law : Toward a Retrieval », *Law & Social Inquiry* 17(1), pp. 1-38.

Hunt, Alan, 1993, *Explorations in Law and Society : Toward a Constitutive Theory of Law*, New York : Routledge.

Hunt, Alan, 2005, « Responsibilization and Deresponsibilization. Styles of Regulation in Neoliberalism », in Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical understanding of their interaction*, Québec : Presses universitaires du Québec, pp. 534-547.

Hunt, Alan. 1996a, « Marxist Theory of Law », in Dennis M. Patterson, *A companion to philosophy of law and legal theory*, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell, pp. 350-360.

Hunt, Alan, 1996b, « Law, Community, and Everyday Life : Yngvesson's Virtuous Citizens and Disruptive Subjects », *Law & Social Inquiry* 21(1), pp. 173-184.

Huyse, Luc, 1987, « Deregulering als maatschappijhervormin. Een rechtssociologische probleemstelling. », *Rechtskundig Weekblad* (40), pp. 2673-2692.

Israël, Liora, et Daniel Cefaï, 2020, « Session 10. Du réalisme juridique à la Law & Society : où est passé le pragmatisme ? » *Pragmata* 3, pp. 539-544.

Israël, Liora, et Jean Grosdidier, 2014, « John Dewey et l'expérience du droit. La philosophie juridique à l'épreuve du pragmatisme », *Tracés* (27), 163-180.

Jacob, Bernard, Donatien Macquet, et Stéphanie Natalis, 2016, « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : expose d'un modèle », *Information psychiatrique* 92, pp. 731-745.

Jaeger, Marcel, 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod.

Jakšić, Milena, et Nadège Ragaru, 2019, « Le témoignage comme preuve. Itinéraires judiciaires des victimes. Présentation du dossier », *Droit et société* 102(2), pp. 227-241.

James, William, 2011, *Le pragmatisme : un nouveau nom pour d'anciennes manières de penser*, Paris : Flammarion.

Jappe, Anselm, 2017, *La société autophage : capitalisme, démesure et autodestruction*, Paris : La Découverte.

Jessop, Bob, et Jamie Morgan, 2021, « The strategic-relational approach, realism and the state: from regulation theory to neoliberalism via Marx and Poulantzas, an interview with Bob Jessop », *Journal of Critical Realism* 21(1), pp. 83-118.

Jones, Kathleen, 1998, *Lunacy, Law, and Conscience, 1744-1845 : The Social History of the Care of the Insane*, London : Routledge.

Joseph, Isaac, 1998, *La ville sans qualités* ; La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube.

Joseph, Isaac, 1996a, « La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques ». *Les Annales de la recherche urbaine* 73(1), pp. 108-118.

Joseph, Isaac, 1996b, « Intermittence et réciprocité », *Raisons pratiques* 7, pp. 17-36.

Juven, Pierre-André, 2016, *Une santé qui compte ?*, Paris : Presses Universitaires de France.

Katz, Jack, 2015, « Foreword », in Robert M. Emerson, *Everyday Troubles – The Micro-Politics of Interpersonal Conflict*. Chicago ; London : University of Chicago Press, pp. ix-xxiii.

Kendler, K. S., 2009, « An Historical Framework for Psychiatric Nosology ». *Psychological Medicine* 39(12), pp. 1935-1941.

Keywood, Kirsty, 2003, « Gatekeepers, Proxies, Advocates? The Evolving Role of Carers under Mental Health and Mental Incapacity Law Reforms », *Journal of Social Welfare and Family Law* 25(4), pp. 355-368.

Kitsuse, John I., et Malcolm Spector, 1973, « Toward a Sociology of Social Problems : Social Conditions, Value-Judgments, And Social Problems », *Social Problems* 20(4), pp. 407-419.

Klinkenberg, Jean-Marie, 2000. *Précis de sémiotique générale*. Paris : Seuil.

Klinkenberg, Jean-Marie, 2015, « Connaître, abduire, interpréter. Préface à l'édition française. », in Umberto Eco et Thomas Albert Sebeok, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*. Liège : Presses Universitaires de Liège, pp. 11-17.

Kohler-Hausmann, Issa, 2019, « Malcolm Feeley's Concept of Law », in Hadar Aviram, Jonathan Simon et Rosann Greenspan, *The Legal Process and the Promise of Justice: Studies Inspired by the Work of Malcolm Feeley*, *Cambridge Studies in Law and Society*, Cambridge : Cambridge University Press, pp. 36-54.

Kovess-Masféty, Viviane, et Murielle Villani, 2019, « Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales », *Revue française des affaires sociales* (1), pp. 55-74.

Kreisman, Dolores E., et Virginia D. Joy, 1974, « Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature », *Schizophrenia Bulletin* 1(10), pp. 34-57.

Kuty, Olgierd, 1976, « Le modèle structuro-fonctionnaliste de la relation thérapeutique », *Recherches sociologiques*, pp. 171-192.

Kuty, Olgierd, 1977, « Le paradigme de négociation », *Sociologie du travail* 19(2), pp. 157-175.

Labov, William, 1972, *Language in the Inner City: Studies in the Black English Vernacular*, Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Lafore, Robert, 2010, « La juridicisation des problèmes sociaux : la construction juridique de la protection sociale », *Informations sociales* 157(1), pp. 18-27.

Lagasnerie, Geoffroy de, 2016, *Juger : l'État pénal face à la sociologie*, Paris : Fayard.

Laing, Ronald David, et Aaron Esterson, 1977, *L'Équilibre mental, la folie et la famille*, Paris : François Maspero.

Lascoumes, Pierre, et Evelyne Serverin, 1986, « Théories et pratiques de l'effectivité du droit », *Droit et Société* 2(1), pp. 101-124.

Latour, Bruno, 1993, *La clef de Berlin : et autres leçons d'un amateur de sciences*, Paris : La Découverte.

Laugier, Sandra, 2013, « Veena Das, Wittgenstein et Stanley Cavell. Le care, l'ordinaire et la folie », in Anne Lovell, Stefania Pandolfo, Veena Das et Sandra Laugier, *Face aux désastres : une conversation à quatre voix sur le care, la folie et les grandes détresses collectives*, Paris : IIthaque, pp. 161-192.

Laugier, Sandra, 2015, « La vulnérabilité des formes de vie », *Raisons politiques* 57(1), pp. 65-80.

Laugier, Sandra, 2018, « La vie humaine du langage », in Estelle Ferrarese et Sandra Laugier, *Formes de vie*, Paris : CNRS éditions, pp. 191-223.

LBSM, 2021, *Eléments d'attention sur les besoins en santé mentale — Note de recommandations — Février-Mars 2021*, Bruxelles : Ligue bruxelloise pour la santé mentale.

Le Blanc, Guillaume, 2007, *Les maladies de l'homme normal*, Paris : J. Vrin.

Le Bras, Anatole, 2016, « L'asile d'aliénés et le « désordre des familles » », *Revue d'histoire du XIXe siècle* (53), pp. 171-187.

Le Goff, Alice, 2013, « Identité, reconnaissance et ordre de l'interaction chez E. Goffman », in Daniel Cefaï et Laurent Perreau (dir.), *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*, Amiens Paris : CURAPP, pp. 369-390.

Le Goff, Alice, et Livia Velpry, 2018, « Que valent les bonnes intentions ? : L'affaire Anna Stubblefield », *Esprit* Décembre (12), pp. 117-131.

Le Meur, Oona, 2022, « La fabrique du droit coutumier en Nouvelle-Calédonie : épreuves coutumières et raisonnement juridique », Thèse de doctorat, Institut d'études politiques de paris - Sciences Po ; Université libre de Bruxelles.

Lecompte, D., 1995, « The Paradoxical Increase in Involuntary Admissions after the Revision of the Civil Commitment Law in Belgium », *Medicine and Law* 14(1-2), pp. 53-57.

Legemaate, Johan, 1998, « Legal protection in psychiatry: balancing the rights and needs of patients and society », *European psychiatry* 13(3), pp. 107-112.

Lemert, Edwin M., 1951, « Is There a Natural History of Social Problems? », *American Sociological Review* 16(2), pp. 217-223.

Lemert, Edwin M., 1962, « Paranoia and the Dynamics of Exclusion », *Sociometry* 25(1), pp. 2-20.

Lewis, Jane, 1995, « Family Provision of Health and Welfare in the Mixed Economy of Care in the Late Nineteenth and

Twentieth Centuries », *Social History of Medicine : The Journal of the Society for the Social History of Medicine* 8(1), pp. 1-16.

Lézé, Samuel, 2008, « Déviance émotionnelle et micro-politique du trouble. Eléments pour une théorie de l'autorité charismatique en psychanalyse. », in Gérard Mauger, José Luis Moreno Pestaña et Marta Roca i Escoda, *Normes, déviances, insertions*, Genève : Seismo, pp. 71-86.

Lipsky, Michael, 1980, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York : Russell Sage Foundation.

Lister, Ruth, 1994, « She has other duties'- Women, citizenship and social security. », in Sally Baldwin et Jane Falkingham, *Social security and social change : new challenges to the Beveridge model*, New York ; London : Harvester Wheatsheaf, pp. 31-44.

Llewellyn, Karl N., et Edward A. Hoebel, 1941, *The Cheyenne way: conflict and case law in primitive jurisprudence*, Norman : University of Oklahoma Press.

Lockwood, David, 1964, « Social Integration and System Integration », in Georges K. Zollschan et Walter Hirsch, *Explorations in Social Change*, Boston : Houghton Miffli, pp. 244-256.

Lofland, Lyn H., 1985, *A World of Strangers: Order and Action in Urban Public Space*, Prospect Heights, Ill : Waveland Pr Inc.

Loick, Daniel. 2014, « Juridification and Politics : From the Dilemma of Juridification to the Paradoxes of Rights », *Philosophy & Social Criticism* 40(8), pp. 757-778.

Lovell, Anne, 1996, « Mobilité des cadres et psychiatrie interstitielle », *Raisons pratiques* 7, pp. 59-85.

Lovell, Anne, Stefania Pandolfo, Veena Das, et Sandra Laugier, 2013, *Face aux désastres : une conversation à quatre voix sur le care, la folie et les grandes détresses collectives*, Paris : Ithaque.

Luhmann, Niklas, 1993, *Risk: A Sociological Theory*, Berlin : de Gruyter.

Lyman, Stanford M., et Marvin B. Scott, 1989, *A Sociology of the Absurd*. Lanham: Rowman & Littlefield.

Lynch, Michael, 1983, « Accommodation Practices : Vernacular Treatments of Madness », *Social Problems* 31(2), pp. 152-164.

Macé, Marielle, 2017, *Sidérer, considérer : migrants en France, 2017* : Lagrasse : Verdier.

Macé, Marielle, 2018, « « Ce n'est pas une vie » », *Po&sie* 163(1), pp. 51-53.

Macé, Marielle, 2022, « Conclusion. Espérance de vie », in Didier Fassin (dir.), *Vies invisibles, morts indicibles*, *Conférences*, Paris : Collège de France, pp. 127-136.

Macherey, Pierre, 2005, « Le quotidien, objet philosophique ? », *Articulo - Journal of Urban Research* (1).

Macpherson, Crawford Brough, 1962, *The Political Theory of Possessive Individualism*, Oxford : Oxford University Press.

Majerus, Benoît, 2013, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Majerus, Benoît, 2018, « La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970 ? », in Hervé Guillemain, Alexandre Klein et Marie-Claude Thifault, *Fin de l'asile ? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp. 143-155.

Malbois, Fabienne, et Michel Barthélémy, 2018, « Préface. De l'expérience au texte : une sociologie de l'organisation locale et extra-locale de l'action », in Dorothy Smith, *L'ethnographie institutionnelle : une sociologie pour les gens*, Paris : Economica, pp. 5-46.

Manning, Bayless, 1976, « Hyperlexis : Our National Disease », *Northwestern University Law Review* 71(6), pp. 767-782.

Marcus, Steven, 1987, « Introduction [1974] », in Dashiell Hammett, *Le dixième indice et autres enquêtes du Continental Op*, Paris : Denoël, pp. 7-27.

Marquis, Nicolas, 2014, *Du bien-être au marché du malaise : la société du développement personnel*, Paris : Presses universitaires de France.

Marquis, Nicolas, et Robin Susswein, 2020, « « Rétablir par le réseau ». Enjeux et tensions issus de la Réforme des soins de santé mentale « Psy107 » (Belgique) », *SociologieS*.

Marx, Karl, 2006, *Sur la question juive*, Paris : La Fabrique.

Maskovsky, Jeff, et Sandra Morgen, 2003, « The Anthropology of Welfare "Reform" : New Perspectives on U.S. Urban Poverty in the Post-Welfare Era », *Annual Review of Anthropology* 32(1), pp. 315-338.

Mason, Daniel, et Honor Hsin, 2018, « 'A more perfect arrangement of plants' : the botanical model in psychiatric nosology, 1676 to the present day », *History of Psychiatry* 29(2), pp. 131-146.

Maynard, Douglas W., 1998, « On Qualitative Inquiry and Extramodernity », *Contemporary Sociology* 27(4), pp. 343-345.

McIlroy, David, 2010, « Idols and Grace : Re-Envisioning Political Liberalism as Political Limitism », *Political Theology* 11(2), pp. 205-225.

McSherry, Bernadette, et Penelope Weller, *Rethinking rights-based mental health laws*, Oxford ; Portland, Or : Hart Pub.

Merrien, François-Xavier, 2019, « Aux origines de l'État-providence », *La Vie des idées*.

Merton, Robert K., 1997, *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris : Armand Colin.

Meurisse, Marie-Françoise, 2011, « Les droits du patient », in Guy Benoît (dir.), *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruxelles : La Charte, pp. 1-31.

Micoulaud-Franchi, Jean-Arthur, Pierre-Alexis Geoffroy, Ali Amad, et Clélia Quiles, 2015, « Le jardinier et le botaniste.

Proposition d'une organisation minimale de la sémiologie psychiatrique pour l'étudiant en médecine », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173(5), pp. 460-469.

Mills, Charles Wright, 2006, *L'imagination sociologique,* Paris : La Découverte.

Mistiaen, Patriek, Justien Cornelis, Jens Detollenaere, Stephan Devriese, et Céline Ricour, 2019, *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse.* KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49, Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Mitnick, E. J., 2000, « Constitutive Rights », *Oxford Journal of Legal Studies* 20(2), pp. 185-204.

Molinier, Pascale, 2016, « Jean Oury. Alors la vie quotidienne ? », in Céline Lefève, Jean-Christophe Mino et Nathalie Zaccaï-Reyners, *Le soin : approches contemporaines*, *Questions de soin*, Paris : Presses universitaire de France, pp. 115-123.

Moor, Pierre, 2005, *Pour une théorie micro-politique du droit,* Paris : Presses universitaires de France.

Moore, Michael S., 1984, *Law and psychiatry : rethinking the relationshipp.*, Cambridge ; New York : Cambridge University Press.

Moore, Sally Falk, 1970, « Politics, Procedures, and Norms in Changing Chagga Law », *Africa: Journal of the International African Institute*, 40(4), pp. 321-344.

Moreau, Delphine, 2007, *Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques*, Dossier d'étude 94, Caisse nationale des allocations familiales.

Moreau, Delphine, 2015, « Contraindre pour soigner ? : les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

Morissette, Yves-Marie, 2002, « Pathologie et thérapeutique du plaideur trop belliqueux », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke* 32(2), pp. 253-269.

Moth, Rich, et Mick McKeown, 2016, « Realising Sedgwick's Vision : Theorising strategies of resistance to neoliberal mental health and welfare policy », *Critical and Radical Social Work* 4(3), pp. 375–390.

Mouzelis, Nicos, 1997, « Social and System Integration : Lockwood, Habermas, Giddens », *Sociology* 31(1), pp. 111-119.

Muñoz-Dardé, Véronique, 1999, « Justice, Famille et Citoyenneté », in Olwen H. Hufton et Giōta Kravaritou-Manitakē, *Gender and the use of time. Gender et emploi du temps*, *European forum*, Hague ; Boston : Kluwer Law International, pp. 391-399.

Napoli, Paolo, 2013, « Foucault et l'histoire des normativités », *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 60-4/4 bis(4-5), pp. 29-48.

Nussbaum, Martha, 2009, « The Capabilities of People with Cognitive Disabilities », *Metaphilosophy* 40(3-4), pp. 331-351.

Nussbaum, Martha, 2006, *Frontiers of justice : disability, nationality, species membership*, Cambridge, Mass : The Belknap Press ; Harvard University Press.

Ochs, Elinor, 2014, « Ce que les récits nous apprennent », *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours* (37).

Ogien, Albert, 1991, « L'acceptable et le pertinent », *Critique*, pp. 524-525.

Ogien, Albert, 2007, *Les règles de la pratique sociologique*, Paris : Presses universitaires de France.

Ogien, Albert, 2018, *Sociologie de la déviance*, Paris : Presses Universitaires de France.

Ogien, Albert, 2020, « La formulation du jugement de déviance. De la théorie de la désignation a la sociologie cognitive », *Déviance et Société* 44(2), pp. 233-248.

Ogien, Albert, et Louis Quéré, 2005, *Le vocabulaire de la sociologie de l'action*, Paris : Ellipses.

Olsen, Frances E., 1983, « The Family and the Market: A Study of Ideology and Legal Reform », *Harvard Law Review* 96(7), pp. 1497-1578.

Orloff, Ann Shola, 1993, « Gender and the Social Rights of Citizenship : The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States », *American Sociological Review* 58(3), pp. 303-328.

Paperman, Patricia, 2000, « La Contribution Des Émotions à l'impartialité Des Décisions », *Social Science Information* 39(1), pp. 29-73.

Pareto, Vilfredo, 1984, « La question sociale », in Vilfredo Pareto, *Mythes et idéologies*, *Travaux de Sciences Sociales*, Genève : Librairie Droz, pp. 314-321.

Pariseau-Legault, Pierre, Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet, et Nicolas Sallée, 2021, « Lorsque la maladie mentale s'invite au banc des accusés : Ethnographie de la Commission d'examen et des espaces de justice hospitalière », *Aporia* 13(2), pp. 42-55.

Park, Robert E., 1970, « Introduction », Lyford PP. Edwards, *The natural history of revolution*, Chicago : University of Chicago Press, pp. xv-xix.

Parmentier, Stephan, et Jean van Houtte, 2003, *Law, Justice and Social Change in the 21st Century : The Case of Belgium*, Brussels : King Baudouin Foundation.

Parsons, Talcott, 1963, *The Social System*, New York : The Free Press of Glencoe.

Parsons, Talcott, 1967, *The Structure of Social Action*, New York : The Free Press.

Pélisse, Jérôme, 2009, « Judiciarisation ou juridicisation ? Usages et réappropriations du droit dans les conflits du travail », *Politix* 86(2), pp. 73-96.

Pence, Ellen, 2001, « Safety for Battered Women in a Textually Mediated Legal System », *Studies in Cultures, Organizations and Societies* 7(2), pp. 199-229.

Phelan, Jo C., Evelyn J. Bromet, et Bruce G. Link, 1998, « Psychiatric Illness and Family Stigma », *Schizophrenia Bulletin* 24(1), pp. 115-126.

Pickering, Neil, 2006, *The Metaphor of Mental Illness*, Oxford ; New York : Oxford University Press.

Pitchot, William, Emmanuel Pinto, Eric Adam, Philippe Boxho, Marc-André Domken, Michel Evens, Xavier Gernay, Renaud Jammaer, Jean-Louis Kempeneers, Dominique Lizin, André Masson, Haitham Mourad, Patrick Papart, Olivier Pirson, Michael Schuerch, Luc Vanaudenroode, Joseph Lejeune, 2011, « Réunion de consensus sur la procédure de mise en observation », *Acta Psychiatrica Belgica* 111(1).

Plummer, Gail Lucia, 1968, « The Child in Twentieth-Century Short Fiction », McGill University, Montréal : McGill University Libraries.

Porter, Roy, 1985, « The Patient's View: Doing Medical History from below », *Theory and Society* 14(2), pp. 175-198.

Posner, Judith, 1978, « Erving Goffman : His Presentation of Self », *Philosophy of the Social Sciences* 8(1), pp. 67-78.

Poulantzas, Nicos, 1978, *L'État, le pouvoir, le socialisme*, Paris : Presses universitaires de France.

Poulantzas, Nicos, Alan Hunt, et Stuart Hall, 1979, « Interview with Nicos Poulantzas », *Marxism today*, pp. 194-201.

Prince, Gerald, 2017, « Récit minimal et narrativité », in Françoise Revaz, Sabrinelle Bedrane et Michel Viegnes (dir.) *Le récit minimal : Du minime au minimalisme. Littérature, arts, médias*, Paris : Presses Sorbonne Nouvelle, pp. 23-32.

Printz, Antoine, 2018a, « L'art de masse pour transformer la société ? Apports adorniens à la thèse de Walter Benjamin », *Proteus-Cahiers des théories de l'art* (13), pp. 87-94.

Printz, Antoine, 2018b, « Une social-démocratisation de la critique sociale ? De la réification chez Axel Honneth », *Variations. Revue internationale de théorie critique* (21).

Printz, Antoine, 2019, « Penser l'exclusion à l'aune du handicap : généalogie de la notion d'inclusion sociale », *Les politiques sociales* 100 ans de professionnalisation du travail social. Enjeux situés et défis(1 & 2), pp. 94-106.

Printz, Antoine, 2021, « Psychiatrie hors les murs et signalement des citoyens », *Les Politiques Sociales* 1-2(1), pp. 128-139.

Printz, Antoine, 2023a, « Le « traitement » des personnes malades mentales à l'heure de la désinstitutionnalisation. Participation institutionnelle et enrôlement des proches. », *Recherches sociologiques et anthropologiques [En ligne]*.

Printz, Antoine, 2023b, « La familialisation de l'accompagnement et du soin en matière psychiatrique en Belgique : les proches aidants et la requête d'hospitalisation contrainte », Louvain Papers on Democracy & Society 83, Louvain-La-Neuve : CriDIS, [en ligne], consulté le 24 novembre 2024, https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/iacchos/cridis/working-papers.html

Printz, Antoine, 2023c, « L'extension du domaine de la surveillance clinique : Sur les traces de la maladie mentale dans les espaces numériques », *Études digitales* 2-La surveillance comme performance d'écran(12), pp. 127-147.

Printz, Antoine, 2023d, « L'enrôlement des proches dans les systèmes de santé mentale », Damien Piron et Zoé Evrard, *Néolibéralisme(s) en Belgique*, Louvain-la-Neuve : Academia.

Printz, Antoine, 2024a, « Formes élémentaires de la requête d'hospitalisation contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer l'ordinaire familial », in Isabelle Hachez et Nicolas Marquis (dir.), *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap : Actes de la Conférence Alter 2022*, Bruxelles : Presses universitaires Saint-Louis, pp. 415-434.

Printz, Antoine, 2024b, « Le droit au lieu de vie au carrefour de la maladie mentale et de la précarité sociale : chronique d'une hospitalisation sociale », in Benoît Eyraud, Paul Véron et Arnaud Béal, *Vulnérabilités et accès au(x) droit(s) : études de cas socio-juridiques*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp. 189-201.

Protais, Caroline, 2017, *Sous l'emprise de la folie ? l'expertise judiciaire face à la maladie mentale, 1950-2009*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Proulx, Christelle, 2020, « Screen Capture in Digital Art and Literature : Interrogating Photographic, Interface, and Situatedness Effects › Electronic Book Review », [en ligne], consulté le 9 août 2022, https://electronicbookreview.com/essay/screen-capture-in-digital-art-and-literature-interrogating-photographic-interface-and-situatedness-effects/

Proulx, Christelle, n.d., « Photographier l'image dans son milieu numérique : la capture d'écran et le cas d'After Faceb00k », [en ligne], consulté le 24 novembre 2022, https://archiverlepresent.org/explorations/photographier-limage-dans-son-milieu-numerique

Quéré, Louis, 1994, « Sociologie et sémantique : le langage dans l'organisation sociale de l'expérience », *Sociétés Contemporaines* 18(1), pp. 17-41.

Quéré, Louis, 2021, *La fabrique des émotions*, Paris : Presses universitaires de France.

Raz, Joseph, 1984, « On the Nature of Rights », *Mind* 93(370), pp. 194-214.

Rettie, Ruth, 2009, « Mobile Phone Communication : Extending Goffman to Mediated Interaction », *Sociology* 43(3), pp. 421-438.

Reynaud, Jean-Daniel, 1997, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris : Armand Colin.

Romania, Vincenzo, 2016, « Un amore fragile : il rapporto fra Erving Goffman e Angelica Schuyler Choate, fra autenticità e tipizzazione », *Sociologia* 50, pp. 70-78.

Rose, Nikolas, 1998, « Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control », *Psychiatry, Psychology and Law* 5(2), pp. 177-195.

Rosenhan, David, 1973, « On Being Sane in Insane Places », *Santa Clara Law Review* 13(3), pp. 379-399.

Rutman, Irvin D., 1981, *Planning for Deinstitutionalization: A Review of Principles, Methods, and Applications*, University of Michigan Library, Human Services Monograph Series 8.

Sacks, Harvey, 1972, « An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology », in David Sudnow (dir.), *Studies in social interaction*, New York : The Free Press, pp. 31-73.

Sainsbury, Diane, 1994, *Gendering Welfare States*, London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Ltd.

Sallée, Nicolas, 2016, « Entre protection et répression : les espaces de contrôle des jeunes », *Revue du CREMIS : Parcours imposés, territoires d'entraide* 9(1), pp. 20-26.

Sallée, Nicolas, Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet, et Pierre Pariseau-Legault, 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), pp. 357-380.

Schmits, Émilie, Maude Evrard, Eftychia Valassopoulou, et Fabienne Glowacz, 2020, « Évaluation psychiatrique et hospitalisation contrainte d'urgence. Analyse rétrospective de dossiers », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 178(3), pp. 251-256.

Scull, Andrew, 2004, « The Insanity of Place », *History of Psychiatry* 15(4), pp. 417-436.

Scull, Andrew, 2015, *Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*, Princeton : Princeton University Press.

Sebeok, Thomas Albert, et Jean Umiker-Sebeok, 2015, « « Vous connaissez ma méthode » : Juxtaposition de Charles S. Peirce et de Sherlock Holmes », in Umberto Eco et Thomas Albert Sebeok, *Le signe des trois : Dupin, Holmes, Peirce*. Liège : Presses Universitaires de Liège, pp. 33-71.

Sedgwick, Peter, 1972, « Mental Illness Is Illness », *Salmagundi* (20), pp. 196-224.

Sedgwick, Peter, 1973, « Illness : Mental and Otherwise », *Studies - Hastings Center* 1(3), pp. 19-40.

Sedgwick, Peter, 1974, « Medical Individualism », *The Hastings Center Studies* 2(3), pp. 69-80.

Sedgwick, Peter, 2015, *Psycho Politics*, London : Unkant Publishers.

Sewell, William H., 1992, « A Theory of Structure : Duality, Agency, and Transformation », *American Journal of Sociology* 98(1), pp. 1-29.

Shalin, Dmitri N., 1986, « Pragmatism and Social Interactionism », *American Sociological Review* 51(1), pp. 9-29.

Shalin, Dmitri N., 2014a, « Interfacing Biography, Theory and History: The Case of Erving Goffman », *Symbolic Interaction* 37(1), pp. 2-40.

Shalin, Dmitri N., 2014b., « Goffman on Mental Illness : "Asylums" and "The Insanity of Place" Revisited : Goffman on Mental Illness », *Symbolic Interaction* 37(1), pp. 122-144.

Shalin, Dmitri N., et Gary T. Marx, 2008, « Dmitri Shalin Interview with Gary T. Marx about Erving Goffman Entitled "Marx-Shalin Exchange on the Goffman Project" », *Bios Sociologicus: The Erving Goffman Archives*, pp. 1-28.

Silbey, Susan S., Cléa Hance, Stéphanie Lacour, Cyril Le Roy, et Anne Wyvekens, 2018, « Étudier la « conscience du droit » :

construction d'une théorie de l'institution à partir de micro-données », *Droit et société* 100(3), pp. 733-788.

Smith, Dorothy E., 1974, « The Social Construction of Documentary Reality », *Sociological Inquiry* 44(4), pp. 257-268.

Smith, Dorothy E., 1978, « `K Is Mentally Ill' the Anatomy of a Factual Account », *Sociology* 12(1), pp. 23-53.

Smith, Dorothy E., 2004, « Ideology, Science and Social Relations : A Reinterpretation of Marx's Epistemology », *European Journal of Social Theory* 7(4), pp. 445-462.

Smith, Dorothy E., 2018, *L'ethnographie institutionnelle : une sociologie pour les gens*, Paris : Economica.

Sontag, Susan, 2003, *Sur la photographie*. Paris : C. Bourgois.

Spector, Malcolm, et John I. Kitsuse, 1973, « Social Problems : A Re-Formulation », *Social Problems* 21(2), pp. 145-159.

Spiers, Judith, 2000, « New Perspectives on Vulnerability Using Emic and Etic Approaches », *Journal of Advanced Nursing* 31(3), pp. 715-721.

Spitzer, Steven. 1975, « Toward a Marxian Theory of Deviance », *Social Problems* 22(5), pp. 638-651.

Stavo-Debauge, Joan, 2012, « Des « événements » difficiles à encaisser. Un pragmatisme pessimiste. », *Raisons pratiques,* Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Stavo-Debauge, Joan, 2017, *Qu'est-ce que l'hospitalité ? Recevoir l'étranger à la communauté*, Montréal : Éditions Liber.

Stavo-Debauge, Joan, 2021, « Sous les catégorisations, de l'allure du nouveau venu à la « culture » de l'étranger », *SociologieS*.

Stiegler, Barbara, 2019, *« Il faut s'adapter » : sur un nouvel impératif politique*, Paris : Gallimard.

Stone, Louise, 2012, « On botany and gardening. Diagnosis and uncertainty in the GP consultation », *Australian Family Physician* 41(10), pp. 795-798.

Stone, Louise, 2013, « Being a Botanist and a Gardener : Using Diagnostic Frameworks in General Practice Patients with Medically Unexplained Symptoms », *Australian Journal of Primary Health* 19(2), pp. 90-97.

Struelens, Olivier, 2021, « Le pari de la confiance : les juges et les médiateurs face à l'enlèvement parental international », Thèse de doctorat, UCLouvain.

Šulmane, Dace, 2011, « "Legislative Inflation" - An analysis of the Phenomenon in Contemporary Legal Discourse », *Baltic Journal of Law & Politics* 4(2), pp. 78-101.

Szasz, Thomas, 1984, *The Therapeutic State*, Buffalo, N.Y : Prometheus.

Szasz, Thomas, 1973, « Mental Illness as a Metaphor », *Nature* 242, pp. 305-307.

Tartour, Tonya, 2021, *L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980*, Thèse de doctorat, Institut d'études politiques de Paris.

Tartour, Tonya, et Alexander Barnard, 2019, « Démocratie sanitaire à New York : la participation dans le contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement », *Participations* 22(3), pp. 83-107.

Tavory, Iddo, et Stefan Timmermans, 2014, *Abductive Analysis: Theorizing Qualitative Research*, Chicago : University of Chicago Press.

Teubner, Gunther, 1986, « The Transformation of Law in the Welfare State », in Gunther Teubner, *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Berlin ; New York : de Gruyter, pp. 3-10.

Thévenot, Laurent, 1992, « Jugements ordinaires et jugement de droit », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 47(6), pp. 1279-1299.

Thoits, Peggy A., 1990, « Emotional Deviance : Research Agendas », in Theodore D. Kemper, *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, New York : State University of New York Press, pp. 180-203.

Thoits, Peggy A., 2018, « Emotional Deviance and Mental Disorder », in Dale Spencer, Kevin Walby et Alan Hunt, *Emotions Matter. A Relational Approach to Emotions*, Toronto : University of Toronto Press, pp. 201-222.

Thompson, Edward PP., 1995, *The Poverty of Theory and Other Essays*, London : Merlin Press.

Thompson, Edward PP., 2013, « Économie morale de la foule », in Edward PP. Thompson, *La question morale*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 311-316.

Thompson, Edward PP., 2015, *Misère de la théorie : contre Althusser et le marxisme anti-humaniste*, Paris : l'Échappée.

Thompson, Edward PP., 2017, *La guerre des forêts : luttes sociales dans l'Angleterre du XVIIIe siècle*, Paris : La Découverte.

Thunus, Sophie, 2015, « The System for Addressing Personal Problems. From Medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Mental Health and Psychiatric Institutions », Thèse de doctorat, University of Liège, Liège.

Thunus, Sophie, G. Cerfontaine, et Frédéric Schoenaers, 2012, « Évolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins », *l'Observatoire* (72), pp. 5-11.

Thunus, Sophie, et Nadège Lorquet, 2014, « Au coeur de la réforme des soins de santé mentale en Belgique : les coordinateurs de réseau », SociologieS.

Thunus, Sophie, et Frédéric Schoenaers, 2017, « How Does Policy Learning Occur ? The Case of Belgian Mental Health Care Reforms », *Policy and Society* 36(2), pp. 270-287.

Tietze, Tad, 2022, « Introduction to the New Edition », in Peter Sedgwick, *Psycho Politics*. London : Pluto Press, pp. vii-xvi.

Tonnelat, Stéphane, 2022, « Un contentieux microclimatique : ethnographie d'un référé sur l'occupation de terres agricoles en voie d'urbanisation », *Droit et société* 110(1), pp. 151-170.

Tortolani, Isabelle, Delphine Gayetot, Patricia Duquesne, Anne-Françoise Donneau, Philippe Boxho, et Marc Ansseau, 2008, « L'augmentation des hospitalisations contraintes : Un constat préoccupant. », *Acta Psychiatrica Belgica* (108), pp. 11-19.

Tourte, Élise, 2017, « Entretien avec Marielle Macé : « Ma colère veut aller vers plus d'amour de la vie, de la vie collective » (1/2) », *Un Philosophe*, [en ligne], consulté 23 novembre 2024, https://unphilosophe.com/2017/11/27/entretien-avec-marielle-mace-ma-colere-veut-aller-vers-plus-damour-de-la-vie-de-la-vie-collective-1-2/

Tronto, Joan, 2012, *Le risque ou le care ?*, Paris : Presses Universitaires de France.

Truffin, Barbara, et François Laperche, 2011, « « Ils emportent leur secret » - Regards ethnographiques sur le traitement judiciaire des conflits conjugaux en contexte multiculturel », in Julie Ringelheim (dir.), *Le droit et la diversité culturelle*, *Collection du centre des droits de l'Homme de l'université catholique de Louvain*, Bruxelles : Bruylant, pp. 657-698.

Turnpenny, Ágnes, Gábor Petri, Ailbhe Finn, Julie Beadle-Brown, et Maria Nyman, 2017, *Mapping and understanding exclusion : institutional, coercive and community-based services and practices across Europe*, Bruxelles : Mental Health Europe.

Umbach, Ingrid, et Vanessa Vanrillaer, 2014, *Séjours en milieu psychiatrique*, Bruxelles : Mutualités Libres.

Unsworth, Clive, 1987, *The politics of mental health legislation*, Oxford ; New York : Clarendon Press ; Oxford University Press.

Valverde, Mariana, 2005, « Concluding Remarks », in Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction/Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an historical*

understanding of their interaction, Québec : Presses universitaires du Québec, pp. 564-568.

Van de Kerchove, Michel, 1983, « Le juge et le psychiatre. Evolution de leurs pouvoirs respectifs », in Philippe Gérard, François Ost et Michel Van de Kerchove, *Fonction de juger et pouvoir judiciaire*, Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, pp. 311-390.

Van de Kerchove, Michel, 1985, « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? », in Jean Gillardin, *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit ?*, Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, pp. 15-31.

Van de Kerchove, Michel, 1994, « La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les principales étapes d'une réforme », in Guy Benoit, Isabelle Brandon et Jean Gillardin, *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles : Facultés universitaires Saint-Louis, pp. 25-39.

Vandenberghe, Frédéric, 1992, « La notion de réification. Réification sociale et chosification méthodologique », *L'Homme et la société* Aliénations nationales (193), pp. 81-93.

Vautrot-Schwarz, Charles-Henry, 2009, « La qualification juridique en droit administratif », Paris : LGDJ.

Verhaegen, Lydwine, 1991, *Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale*, Bruxelles : Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale.

Verhaegen, Lydwine, et Gérald Deschietere, 2012, « Malaise urbain et psychiatrie à Bruxelles », *La Revue Nouvelle*, pp. 98-107.

Verhaegen, Lydwine, et Anne Wery, 1992, « Évolution de la psychiatrie à Bruxelles », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1360-1361(15), pp. 1-52.

Wakefield, Jerome, 2006, « Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable », *Philosophiques* 33(1), pp. 37–63.

Wakefield, Jerome, 1992, « Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder », *Psychological Review* 99(2), pp. 232-247.

Walker, Carole, et Sophie Thunus, 2020, « Meeting Boundaries : Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems », *Social Inclusion* 8(1), pp. 214-224.

Walker, Carole, Pablo Nicaise, et Sophie Thunus, 2019, *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*, Observatoire de la Santé et du Social.

Warren, Carol A. B., et Sheldon L. Messinger, 1988, « Sad Tales in Institutions : A Study in the Microsociology of Knowledge », *Journal of Contemporary Ethnography* 17(2), pp. 164-182.

Weber, Max, 2013, *Sociologie du droit*, Paris : Presses universitaires de France.

Williams, Gareth, 1984, « The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-Construction », *Sociology of Health & Illness* 6(2), pp. 175-200.

Woodly, Deva, 2020, *The Politics of Care with Deva Woodly*, New School Public Programs and Events, [en ligne], consulté le 24 novembre 2024, https://event.newschool.edu/woodlycurrentmoment

Yarrow, Marian Radke, Charlotte Green Schwartz, Harriet S. Murphy, et Leila Calhoun Deasy, 1955, « The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family », *Journal of Social Issues* 11(4), pp. 12-24.

Yeates, Victoria, 2007, « Ambivalence, Contradiction, and Symbiosis : Carers' and Mental Health Users' Rights », *Law & Policy* 29(4), pp. 435-459.

Yvorel, Jean-Jacques, 1996, « Incendiaire ou pyromane ? Médecins et juges face à l'incendie volontaire », *Revue d'histoire du XIXe siècle* 12(1), pp. 7-16.

Zimmerman, Don H., 1976, « Record-Keeping and the Intake Process in a Public Welfare Agency », in Stanton Wheeler (dir.), *On Record*, New-York: Routledge, pp. 319-354