

L'INTERNEMENT À L'ÉPREUVE DE L'AMBULATOIRE EN BELGIQUE : LE CAS DES ÉQUIPES MOBILES TRAJET DE SOINS INTERNÉS (TSI)

[Sophie De Spiegeleir](#)

Éditions Pédone | « Archives de politique criminelle »

2022/1 n° 44 | pages 199 à 213

ISSN 0242-5637

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2022-1-page-199.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Pédone.

© Éditions Pédone. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'INTERNEMENT À L'ÉPREUVE DE L'AMBULATOIRE EN BELGIQUE : LE CAS DES ÉQUIPES MOBILES TRAJET DE SOINS INTERNÉS (TSI)

par

SOPHIE DE SPIEGELEIR

Doctorante en sociologie-anthropologie
Université Saint-Louis – Bruxelles

En Belgique, la prise en charge des « auteurs¹ d'infraction pénale atteints d'un trouble mental » fait depuis longtemps l'objet d'une mesure d'« internement » privilégiant une mise à l'écart au sein d'institutions psychiatriques ou carcérales. Depuis les dernières réformes en la matière, si l'internement reste marqué par une prise en charge résidentielle, il s'ouvre quelque peu à d'autres modes d'intervention plus « désinstitutionnalisés ». Il existe désormais des équipes mobiles pluridisciplinaires « Trajet de Soins Internés » (ci-après, « équipe mobile TSI ») créées à l'aube des années 2010 qui ont pour but d'intervenir auprès d'une personne internée depuis son lieu de vie et de l'accompagner dans son projet de réinsertion. Si ces équipes incarnent une forme de prise en charge ambulatoire, assez neuve dans le champ de l'internement, elles présentent également la particularité d'agir hors mandat judiciaire. C'est à la personne internée qu'il incombe de formuler une demande de suivi par une équipe mobile TSI. Comment ceci se traduit-il en pratique ? En quoi consiste le travail de ces équipes ? A l'interface entre le champ de la santé mentale et le champ pénal, comment trouvent-elles leur place sur la scène de l'internement ?

Intéressée par les pratiques concrètes de prise en charge professionnelle en santé mentale, je puise dans les ressources théoriques de la sociologie de la santé mentale² et de la sociologie des professions³ pour éclairer l'analyse qui suit. La relation qui lie les intervenants psycho-médicosociaux aux personnes concernées,

¹ Dans cet article, j'ai fait le choix de favoriser, quand c'était possible, l'écriture épicienne (« personne internée », « équipe professionnelle »). Toutefois, je parlerai dans certains cas de « patient » au masculin pour coller à la réalité du terrain : la grande majorité des personnes internées sont des hommes.

² Pour des récents travaux en sociologie de la santé mentale, voy. par exemple : L. VELPRY, *Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie*. Empan, (2), 2019, p. 44-50 ; D. MOREAU, A. MARQUÈS, *Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital*. L'information psychiatrique, 96(3), 2020, p. 177-184 ; N. MARQUIS, *Des vies en dépendances. Pragmatique de la folie en institution psychiatrique*. Terrain. Anthropologie & sciences humaines, (76), 2022, p. 84-103.

³ Pour des récents travaux en sociologie des professions, voy. par exemple : B. RAVON, M.T. NEUILLY, « Epreuves de coopération. L'institution du soin en eaux troubles : parcours inter-institutionnels et ruptures prioritaires », in *Du réseau aux coopérations : de l'interdisciplinarité à l'inter-institutionnalité*, Champ social, 2017, p. 39-53 ; B. RAVON, P. VIDAL-NAQUET, *L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive*, SociologieS [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 16 juin 2016, DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.5363>

souvent considérées comme personnes vulnérables, est aujourd'hui traversée par un double impératif qui met leur travail en tension : d'une part, protéger la personne du danger qu'elle pourrait présenter pour elle-même et, d'autre part, garantir ses droits et libertés⁴. Dans le contexte de l'internement, l'impératif de protection revêt un caractère hybride car les équipes professionnelles doivent également ancrer leur mission d'intervention dans une dimension sécuritaire pour protéger la société du risque d'un nouveau passage à l'acte. Constatant aux prises avec des situations singulières mais complexes, dans un contexte incertain qui les pousse à « arrondir les angles » du cadre de leur travail, c'est avec prudence⁵ et sagesse pratique⁶ que les professionnels dessinent les contours de leur intervention.

Le dispositif de l'équipe mobile, en particulier dans le champ du travail social et de la psychiatrie, fait l'objet de nombreuses recherches⁷. L'intérêt se vérifie en France, notamment par « l'abondance de publications et le succès des congrès professionnels »⁸ en la matière depuis la dernière décennie. En Belgique, la situation est quelque peu différente, pour la partie francophone du pays, à tout le moins⁹. Sans doute en raison du caractère de « niche » de leur intervention, les équipes mobile TSI et les enjeux liés à leur intervention ne semblent pas encore avoir attiré autant l'attention de la recherche en sciences sociales. A partir d'une enquête ethnographique réalisée auprès d'une antenne d'équipe mobile TSI en Belgique francophone, dans le cadre de ma thèse en sociologie-anthropologie¹⁰, je propose pour la présente contribution de revenir sur

⁴ L. VELPRY, P. VIDAL-NAQUET & B. EYRAUD, *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018.

⁵ F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.

⁶ F. CHAMPY & M.O. DÉPLAUDE, *Comment parler des professions ? Sagesse pratique, vulnérabilités et protections professionnelles*. La vie des idées, 30, 2015, p.1-9.

⁷ Voy. par exemple, les récents dossiers de la revue *L'information Psychiatrique : Equipes mobiles en psychiatrie : actualités et perspectives (1/2)*, 2019, 95(4) et *Equipes mobiles en psychiatrie : actualités et perspectives (2/2)*, 2019, 95 (6). ; la thèse d'Ana Marquès : A. MARQUÈS, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*. Sociologie. EHESS, 2010. Français. ; L. DEMAILLY, O. DEMBINSKI, C. DÉCHAMP-LE ROUX, *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité* (Vol. 2). John Libbey Eurotext, 2014.

⁸ N. HENCKES, *Equipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?*, *L'Information psychiatrique* 2019, 95 (4), p. 245.

⁹ En Belgique francophone, quelques mémoires d'étudiants en Santé Publique portent sur le dispositif général des équipes mobiles. Voy. par exemple, D. CARPRÉAUX, *La collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la réforme belge de la psychiatrie : Exploration de la collaboration entre des services d'admission et les équipes mobiles du service 107*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : F. WYNGAERDEN ; N. SCHONROCK, *Comment le travail des équipes mobiles participe-t-il à l'inclusion sociale des usagers en santé mentale en région de Bruxelles-Capitale ?*, Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : S. THUNUS et C. WALKER. En Belgique néerlandophone, des chercheurs de l'UGent se sont penchés sur l'adéquation du concept de « rétablissement » avec le travail des équipes mobiles spécifiques pour l'internement. Voy., par exemple : N. AGA, I. DE LANDTSHEER, F. VANDER LAENEN, W. VANDERPLASSCHEN, *Herstel in een forensische context: een exploratieve studie naar doorleefde ervaringen van geïnterneerde personen in een ambulante, regulier ondersteuningstraject*. Orthopedagogiek Apeldoorn, 2018, 57(11-12), p. 245-259.

¹⁰ Je remercie chaleureusement les membres du Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie – études et recherches (Casper) de l'Université Saint-Louis – Bruxelles et en particulier Cédric Tant,

l'émergence et quelques-uns des enjeux liés au mode d'intervention de ces équipes.

Pour ce faire, je procède en deux temps. Dans un premier temps, j'expose brièvement le contexte institutionnel et légal de l'internement et des équipes mobiles TSI, mettant en évidence quelques enjeux liés à la trajectoire de l'internement. J'y décris également le cadre organisationnel et institutionnel des équipes mobiles en Belgique francophone (A). Dans un second temps, j'évoque les conditions concrètes de l'intervention de ces équipes, s'articulant autour de l'accompagnement de la personne internée mais aussi de son réseau « institutionnel ». Ceci me permet également d'interroger le rapport entretenu par l'équipe à l'institution judiciaire, tel que vécu en situation par les acteurs de terrain (B).

TERRAIN ET MÉTHODOLOGIE

Les données empiriques mobilisées dans cet article sont issues d'une enquête ethnographique menée entre les mois d'août 2020 et mars 2021, auprès d'une antenne d'équipe mobile TSI en Belgique francophone. À partir d'une approche pragmatique, ce terrain m'a permis d'analyser la façon dont l'équipe professionnelle justifie, tout au long de ses actions et discussions, son cadre de travail et la façon dont elle évalue et catégorise une personne internée. Au cours de ce terrain d'enquête, j'ai observé treize réunions d'équipe de l'antenne et deux de leurs interventions. J'ai également réalisé des entretiens compréhensifs individuels avec chacun des membres de l'équipe¹¹ et des entretiens auprès d'autres acteurs de l'internement qui « gravitent » autour du travail de l'antenne : quatre assistant-e-s de justice, trois « coordinateurs-coordinatrices soin Santé Publique » et trois « coordinateurs-coordinatrices circuit soins de santé externe pour internés - Justice »¹². Enfin, j'ai rencontré les membres d'une autre antenne TSI afin de leur présenter les avancées de ma recherche en cours et d'échanger avec eux sur leurs pratiques. Les extraits choisis pour cette contribution sont directement issus de mon journal de terrain, préalablement retranscrits et faisant référence aux observations et aux entretiens menés.

ainsi que les membres des sections de droit civil et de droit public de l'Université d'Ottawa (Canada) pour les fructueux échanges lors de midi-conférences portant sur des versions antérieures de cet article.

¹¹ Afin de respecter la confidentialité de l'antenne d'équipe mobile TSI que j'ai suivie sur le terrain, je fais le choix de ne pas révéler la composition exacte de l'équipe. Dans la même optique, j'ai également donné des noms d'emprunt aux personnes citées dans cet article.

¹² Les assistant-e-s de justice assurent, entre autres, une fonction de guidance et de suivi auprès des justiciables et des personnes internées en libération à l'essai. Les coordinateurs-coordinatrices « justice » assurent une fonction de liaison entre les ministères de la Justice et celui de la Santé Publique ainsi que les autres partenaires du réseau spécifique « internement ». Ils travaillent également au développement du TSI pour les détenus internés ; les coordinateurs-coordinatrices de soin Santé Publique veillent à la bonne intégration du TSI à la réforme générale des soins de santé mentale (« Psy107 »), voir point I. C.

I. L'ÉQUIPE MOBILE « TRAJET DE SOINS INTERNÉS » : CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

Sans entrer dans les détails d'une analyse sociohistorique, cette première partie pose brièvement le cadre de l'internement et tente de retracer l'émergence des équipes mobiles « Trajet de Soins Internés » (A). J'y présente une conceptualisation du « trajet de soins » (B), en vue de dresser, enfin, le portrait de ces équipes (C).

A. Quand l'internement rencontre la Réforme 107

En Belgique, l'internement¹³ est régi par la loi du 5 mai 2014, entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2016. En tant que mesure de sûreté, l'internement prive ou restreint la liberté des auteurs d'infraction pénale reconnus irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental présent au moment de la décision judiciaire¹⁴. Héritage de la philosophie de la « défense sociale », la mesure tend à répondre à un double objectif : il s'agit, d'une part, de protéger la société d'individus présentant un potentiel de dangerosité et, d'autre part, de dispenser les soins nécessaires à ces mêmes individus afin de préparer leur réinsertion sociale¹⁵.

Pendant longtemps, l'exécution de la mesure d'internement donnait la priorité à l'enfermement des « aliénés délinquants », laissant très peu de possibilités de sortie et de réinsertion¹⁶. Ces personnes étaient mises à l'écart au sein d'institutions de type asilaire ou carcérale qu'Erving Goffman qualifie de « totales » car elles « enveloppent » les personnes dans un réseau de contraintes¹⁷. L'entrée dans le XXI^{ème} siècle, marquée par d'importants mouvements de réforme en la matière¹⁸, a induit des changements considérables dans la prise en charge et le suivi des personnes internées. A cet égard, la loi de 2014 consacre la notion de « trajet de soins » autour de laquelle s'articule désormais la mesure d'internement. Celle-ci peut, dès lors, s'envisager comme un parcours à plusieurs étapes, dont le passage de l'une à l'autre permettrait petit à petit de réintégrer la société.

Dans un article récent, nous avons évoqué le rôle joué par la dernière réforme relative aux soins de santé mentale¹⁹ (connue sous l'appellation « Réforme 107 »

¹³ Dans cette contribution, je vise par « internement », à qui d'autres attribuent parfois l'adjectif « pénal » ou « para-pénal », uniquement le régime réservé aux auteurs d'infraction pénale atteints d'un trouble mental. J'exclus donc les personnes tombant sous le régime « civil » de la protection des malades mentaux en Belgique (Voy., la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux).

¹⁴ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, *M.B.*, 9 juillet 2014

¹⁵ Loi de défense sociale du 9 avril 1930 à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude ; Y. CARTUYVELS, *L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre...*, *Annales Medico-Psychologiques*, 2018, n° 176, p. 395-403

¹⁶ Y. CARTUYVELS, *ibidem*, 2018.

¹⁷ E. GOFFMAN, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de minuit, 1968, p. 45.

¹⁸ Y. CARTUYVELS, *op. cit.* note 15, 2018.

¹⁹ B. JACOB, D. MACQUET, S. NATALIS, *La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle*, *L'information psychiatrique*, 2016, p. 9.

ou « Psy 107 »²⁰) dans le suivi ambulatoire et psycho-médicosocial des personnes atteintes d'un trouble mental²¹. Cette réforme 107, initiée en 2009-2010, tend à pallier la chronicité des séjours résidentiels en psychiatrie en encourageant la fermeture de lits hospitaliers pour privilégier une offre de soin dans le milieu de vie. Promouvant la création de réseaux et de circuits de soins²², elle a notamment permis la création d'équipes mobiles pluridisciplinaires, appelées « équipes 107 », qui ont pour mission de faciliter le travail de prise en charge psychiatrique des personnes « malades mentales », dans des situations dites « aigües » ou chroniques, à partir du milieu de vie des personnes concernées²³.

Suivant la même logique que celle qui a présidé à la création des équipes mobiles 107 à vocation généraliste, des « équipes mobiles TSI », spécifiques aux personnes internées, ont vu le jour dès les années 2010. Ces équipes TSI, destinées à assurer le suivi ambulatoire des auteurs d'infraction pénale ayant fait l'objet d'une mesure d'internement, sont venues compléter l'offre très limitée de suivi ambulatoire pour les personnes internées, dans un paysage jusque-là dominé par une prise en charge essentiellement résidentielle et institutionnelle. Véritable figure du « tournant ambulatoire »²⁴ que connaît la prise en charge psychiatrique depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle²⁵, ces équipes ont pour mission d'accompagner la personne internée tout au long de la mesure en vue de la construction d'un projet de libération à l'essai d'une part, d'un projet de réinsertion sociale, d'autre part, et de la consolidation d'un réseau de soins autour de la personne. Elles visent également à soutenir les réseaux d'intervention et autres institutions qui agissent auprès de personnes internées. Si le recours à une équipe mobile TSI n'est pas inscrit tel quel dans la loi de 2014 et si, en théorie à tout le moins, il ne peut jamais figurer dans les conditions légales que la mesure impose, la création de ces équipes a pour vocation la dé-stigmatisation et l'inclusion des personnes internées en intégrant celles-ci au secteur régulier des soins de santé mentale et en privilégiant le libellé « patient psychiatrique » sur l'étiquette de « détenu interné ».

²⁰ Faisant référence à l'article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 17 novembre 2008.

²¹ Y. CARTUYVELS Y., S. DE SPIEGELEIR, *La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime*, Revue Interdisciplinaire d'Etudes Juridiques. Droit en contexte, 2022, n°88, p. 98-99.

²² N. MARQUIS, R. SUSSWEIN, *Rétablir par le réseau. Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy107 »*, SociologieS, Belgique, 2020, p. 1.

²³ Pour une explication plus détaillée de la philosophie de la réforme, ses enjeux et ses cinq fonctions, voy. Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones, *Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale*, Mental'idées, 2012, p. 90 ; B. JACOB, D. MACQUET, S. NATALIS, *op. cit.* note 19, 2016, p. 735 ; N. MARQUIS, R. SUSSWEIN, *op. cit.* note 22, 2020. ; Y. CARTUYVELS, S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.* note 21, 2022.

²⁴ P. VIDAL-NAQUET, *Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables*. Raison présente, (1), 2019, p. 43.

²⁵ Pour un exposé résumé des différentes réformes belges en matière de désinstitutionalisation, voy. Y. CARTUYVELS, S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.* note 21, 2022, p. 93-94.

B. Les trois stades du trajet de soins : de l'institution « totale » à (l'institution) « ambulatoire »

Les observations ethnographiques permettent de rendre compte de la trajectoire classique de l'internement. Elles soulignent l'existence de trois stades successifs, depuis l'entrée dans la mesure jusqu'à la libération définitive de la personne internée, même si, *de lege lata*, ces trois stades ne sont pas conçus comme autant d'étapes successives obligatoires sur le « trajet de soins »²⁶.

Tout d'abord, l'entrée dans la mesure est marquée par un internement « carcéral » ou connoté comme tel. La personne est généralement « placée », c'est-à-dire enfermée, dans une structure fermée qui présente une dimension sécuritaire importante. Le placement s'exécute soit au sein d'un Etablissement de Défense Sociale (EDS), soit dans un Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) ou encore dans un Centre de Psychiatrie Légale (CPL)²⁷. Un manque de place au sein de ces différentes institutions oblige cependant à placer « temporairement » des personnes internées dans les annexes psychiatriques ou dans les sections de défense sociale des établissements pénitentiaires et ce, malgré les nombreuses condamnations de l'Etat belge par la Cour européenne des droits de l'homme, en raison des conditions délétères de ces lieux, peu propices au soin²⁸.

Ensuite, la personne internée entame une période probatoire dans le cadre de la libération à l'essai. Celle-ci peut être accordée par la Chambre de protection sociale (ci-après, « CPS ») du Tribunal de l'application des peines, l'organe judiciaire en charge du contrôle de l'exécution de la mesure, à condition que le trouble mental soit stabilisé et que le risque de récidive soit considérablement réduit²⁹. La libération à l'essai dure *a minima* trois ans et peut être renouvelée tous les deux ans. En pratique, une fois libérée à l'essai, la personne internée intègre d'autres types d'institutions qui, si elles fonctionnent sous un régime plus souple, semi-ouvert et davantage axé sur le soin, restent tout de même attachées à une logique de soins sous contrainte. Par exemple, la personne peut être amenée à résider au sein de l'unité psychiatrique médico-légale (UPML) d'un établissement psychiatrique général. Etape obligatoire du parcours pour toute personne internée, la libération à l'essai occupe une position contrastée dans le trajet de soins : après un passage en prison et avant la réinsertion. C'est dans un souci de faciliter la transition de l'internement vers la société qu'a été pensé ce dispositif qui se veut « responsabilisant », faisant appel aux « capacité d'autonomisation » de l'individu concerné³⁰.

²⁶ Selon la loi de 2014, seul le passage par la libération à l'essai est une étape nécessaire avant l'octroi d'une libération définitive.

²⁷ Voir l'article 3, 4°, c) et d) de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

²⁸ Voy. la contribution de Y. CARTUYVELS dans ce numéro ; O. NEDERLANDT, N. COLETTE-BASECQZ, *L'arrêt pilote W.D. c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques de prison ? (Obs. sous Cour eur.dr. h., arrêt W.D. c. Belgique, Revue trimestrielle des droits de l'homme, 2017, n°1, p. 31-39.*

²⁹ Voir les articles 42 et 66 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

³⁰ Y. CARTUYVELS, *Action publique et subjectivité dans le champ pénal : une autre conception du sujet de droit pénal*, in F. CANTELLI, J.L. GENARD (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J., 2007, p. 87-101.

Enfin, un troisième et dernier stade permet de poursuivre la libération à l'essai en « ambulatoire »³¹. Dans ce cadre, d'autres structures, au régime plus ouvert et proposant une intervention professionnelle plus modérée entrent en ligne de compte, par exemple, au sein de « maisons de soins psychiatriques » (MSP) ou d'« initiatives d'habitations protégées » (IHP)³². Ces institutions, pensées d'abord par et pour le régime général des soins de santé mentale, sont généralement frileuses à l'idée d'accueillir dans leurs murs des personnes étiquetées comme « dangereuses »³³. Elles ouvrent néanmoins petit à petit leurs portes aux personnes internées qui sont plus « avancées » dans leur libération à l'essai.

A chacun de ces trois stades (l'internement « carcéral », la libération à l'essai résidentielle et la libération à l'essai ambulatoire) correspondent différentes structures, qui visent tantôt la sécurité, tantôt le soin, parfois les deux, et qui rassemblent en leur sein une multitude d'équipes aux expériences et expertises professionnelles variées. Toutes peuvent cependant répondre au statut d'« institution », selon la description qu'en font les sociologues Benoit Eyraud et Livia Velpy dans une réflexion sur la « désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie »³⁴ qui s'inspire des écrits du sociologue français René Loureau. Pour ce dernier, « [l'institution] désigne l'articulation de trois éléments [:] un espace singulier, des normes qui le régissent, et des critères d'admission »³⁵. Partant, le parcours idéal-typique de l'internement, tel qu'exposé plus haut, qui traduit le passage d'institutions « totales » vers une prise en charge institutionnelle « partielle » car dégageant des possibilités de sortie pour les personnes concernées, dépeint un processus de « transinstitutionnalisation »³⁶ ou de désinstitutionnalisation par degrés.

En d'autres termes, si, de fait, désinstitutionnalisation il y a, c'est pour mieux ré-institutionnaliser ailleurs et autrement. Des recherches récentes, portant sur la place et l'histoire de l'institution psychiatrique³⁷ préfèrent d'ailleurs l'usage du terme de

³¹ Voir l'article 25 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement

³² Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques du 10 juillet 1990. Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques du 10 juillet 1990.

³³ Voy. Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER, A. WYVEKENS, *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, USL-B, 2010.

³⁴ B. EYRAUD & L. VELPRY, De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?, *Revue française d'administration publique*, ENA, 2014, p. 207-222.

³⁵ R. LOUREAU, *L'analyse institutionnelle*, Paris, Les Editions de Minuit, 1970.

³⁶ J.A. TALBOTT, *Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past*, *Psychiatric services*, 55(10), 2004, p. 1112-1115.

³⁷ Pour la Belgique, voy. B. MAJERUS, *La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970?*, in H. GUILLEMAIN, A. KLEIN, A.F. THIFAUT (dir.), *Fin de l'asile ? : histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^{ème} siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2018, p.143-155. ; pour la France, voy. B. EYRAUD & L. VELPRY, L., *op. cit.*, note 34 ; pour des analyses similaires au Québec notamment, voy. A. KLEIN, H. GUILLEMAIN, M.C. THIFAUT, « Introduction. La désinstitutionnalisation psychiatrique dans l'espace francophone. Une histoire à écrire », in A. KLEIN, H. GUILLEMAIN, M.C. THIFAUT (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^{ème} siècle*, *op. cit.*, p. 7-20.

« dés-hospitalisation »³⁸ pour décrire le phénomène de désinstitutionalisation amorcé dès la seconde moitié du XX^{ème} siècle dans de nombreux pays occidentaux. Ces recherches mettent en avant le fait que les hôpitaux psychiatriques tendent à « se vider » afin d'être en partie remplacés « par des lieux plus petits et décentralisés »³⁹. Dès lors, parler de « désinstitutionalisation » *stricto sensu* renverrait une image erronée des réalités de terrain. Sur la base de la représentation idéal-typique du trajet de soins développée ci-dessus, l'internement semble faire lui aussi l'objet d'une métamorphose institutionnelle, impliquant des progressives désincarcérations et dés-hospitalisations des personnes internées afin de les transférer vers d'autres structures, plus adaptées, plus ouvertes et essentiellement axées sur le soin. A partir de la libération à l'essai, on observe en effet une forme de contrôle social « à bas seuil », où une institutionnalisation « en angle mort » semble avoir lieu. Face au nouveau paysage institutionnel morcelé de l'internement, je montre, dans un instant, que si l'offre ambulatoire de l'équipe mobile TSI ne remplace pas l'institution *per se*, en ce qu'elle ne se pose pas en alternative radicale à celle-ci, elle complète comme « acteur-relais » l'intervention résidentielle en externalisant les missions premières de l'institution : prendre soin et accompagner vers le projet de réinsertion.

C. Les équipes mobile TSI : portrait

En Belgique francophone, on compte trois équipes mobiles TSI réparties entre les trois ressorts judiciaires des Cours d'appel (la Cour d'appel de Bruxelles, celle de Mons et celle de Liège). Chaque équipe est constituée de deux « antennes », couvrant chacune un territoire bien délimité⁴⁰. Au total, on dénombre donc six antennes TSI qui correspondent en pratique à six « petites équipes ». Dans les paragraphes suivants, pour parler de l'antenne TSI auprès de laquelle j'ai mené mes observations, j'utiliserai le terme générique d'« équipe mobile » afin de faciliter la lecture et la compréhension du texte. Ces équipes travaillent sous le contrôle d'un « coordinateur-coordinatrice soin Santé Publique du TSI » dont le rôle est de « fluidifier les trajets de soins pour les patients internés » en tentant de « mettre en contact les différents partenaires de soins » et de « travailler le lien avec le réseau 107 » et les équipes plus généralistes qui en font partie (extrait d'un entretien avec un coordinateur TSI)⁴¹.

Si elles revendiquent une forme d'autonomie dans leur pratique, chaque antenne est institutionnellement rattachée à un établissement psychiatrique, « porteur du projet TSI » et localisé dans le périmètre du ressort de la Cour d'appel concerné. Un médecin-psychiatre de l'établissement est associé à l'équipe en tant que « responsable du projet TSI » mais ne participe pas aux réunions, ni aux interventions. La composition des équipes varie par leur taille – on compte en moyenne entre cinq et quinze professionnels – et par les professions de ses

³⁸ A. KLEIN, H. GUILLEMAIN, M.C. THIFAUT, *ibidem*, 2018.

³⁹ B. MAJERUS, *op. cit.*, note 37, 2018, p. 155.

⁴⁰ Les six antennes sont les suivantes : l'antenne TSI de Bruxelles, du Brabant Wallon (Cour d'Appel de Bruxelles) ; de Manage, de Tournai (CA de Mons), de Namur et de Liège (CA de Liège).

⁴¹ Pour une analyse plus détaillée sur la fonction de coordination pour le réseau 107 et celui de l'internement, voy. C. DARCIS, S. THUNUS, *What do coordinators do? Mental health policy implementation as translation*. Administrative Sciences, 10(1), 2020, p. 9.

membres. Pluridisciplinaires, ces équipes rassemblent, en général, un médecin-psychiatre, des infirmiers et infirmières, des psychologues, des assistants sociaux et assistantes sociales, des criminologues ou encore des éducateurs et éducatrices spécialisé-e-s. Chaque équipe dispose d'un ou une référent-e qui assume un rôle de coordination et de mise en lien avec le « réseau de partenaires » qui regroupe une multitude de travailleurs psycho-sociaux appartenant à des champs d'intervention différents (handicap, précarité, santé mentale, justice, *etc.*). Enfin, les professionnels disposent d'un local, situé dans une autre institution de soins ou dans une institution indépendante, qui fait office de « centre des opérations » afin d'organiser les réunions cliniques hebdomadaires et d'exécuter les tâches administratives (encodage des dossiers, gestion des emails et des rendez-vous, *etc.*).

L'équipe mobile TSI peut intervenir auprès de toute personne sous « statut d'internement » et ce, pendant toute la durée de la mesure, c'est-à-dire à partir de n'importe quel stade du trajet de soins. L'équipe n'admet aucun critère d'exclusion, aussi longtemps que la personne ne présente pas de danger potentiel pour les professionnels : « *on ne refuse personne par rapport au délit ou à la pathologie* », précise Sacha, référent d'antenne. En outre, le travail des équipes mobiles TSI est organisé autour d'un critère de territorialité. C'est en effet le lieu où le « projet de réinsertion » de la personne prendra place qui détermine quelle équipe sera la plus pertinente pour le suivi. Par exemple, si une personne internée est hospitalisée au sein d'une unité psychiatrique médico-légale de la région de Namur mais désire entreprendre un projet de vie depuis un appartement supervisé à Bruxelles, l'antenne TSI de la capitale sera désignée comme l'équipe la plus compétente. Si, d'un point de vue managérial, ce critère de territorialité vise essentiellement à répartir les demandes de suivi entre toutes les antennes et les équipes TSI, il a été pensé, en pratique, pour tenter de maintenir un réseau d'intervenants géographiquement proche de la personne. De plus, ce critère ne restreint pas le champ d'action de l'équipe qui se rend régulièrement sur tout le territoire belge francophone (et parfois même néerlandophone et germanophone) afin de rencontrer la personne et de l'accompagner dans son projet.

Après cet éclairage du contexte institutionnel et organisationnel dans lequel interviennent les équipes mobiles TSI, j'aborde maintenant les enjeux concrets de leur intervention. Il ne s'agira pas ici d'entrer dans les détails d'une analyse longitudinale des différentes stratégies mobilisées par l'équipe professionnelle en amont (« travailler la demande »⁴²) et en aval (arrêter le suivi et passer le relais) de l'intervention, mais bien de mettre en lumière divers aspects de leur pratique d'accompagnement, au jour le jour, sur le terrain.

⁴² A. MARQUÈS, Le travail de la demande : le cas des équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) in : *Contrainte et consentement en santé mentale : Forcer, influencer, coopérer*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, p. 27-52.

II. ENJEUX ET DÉCLINAISONS

D'UN ACCOMPAGNEMENT VOLONTAIRE ET HORS LES MURS

L'accompagnement par une équipe mobile TSI, ambulatoire par essence, opère dans les interstices institutionnels et selon une temporalité et des modalités qui lui sont propres. Parfois, l'usage *prudentiel* d'une forme de contrainte « douce » est nécessaire.

A. Temporalité et nature de l'intervention ambulatoire auprès d'une personne internée

L'équipe mobile inscrit son intervention dans le régime de « l'aide volontaire ambulatoire », revendiquant une prise en charge *extramuros* qui nécessite en amont le consentement de la personne. Elle articule son travail autour de deux moments clés.

Une « mission de liaison » vise, d'abord, à créer un lien avec la personne internée et avec l'institution sécurisée dans laquelle celle-ci est placée et enfermée. En général, il s'agit des lieux appartenant au premier stade du trajet de soins (voir point I. B.). « Créer un lien » avec la personne internée est l'étape initiale et indispensable au suivi. C'est au cours d'un premier entretien de candidature, qui prend place dans un des lieux précités, que le suivi peut commencer. Cette première rencontre fait office d'introduction au travail et aux missions de l'équipe. Elle permet aux professionnels de déterminer si la personne est réellement « demandeuse du suivi » et de lui faire signer un « formulaire de consentement » qui leur permettra d'avoir accès aux « pièces juridiques », à l'exposé des faits commis, et au dossier médical de la personne⁴³.

Ensuite, dès la libération à l'essai, débute une « mission d'*outreaching* » en vue de préparer, cette fois, la réinsertion. Dans ce cadre, l'accompagnement est ponctué de rencontres et « d'entretiens de suivi » qui ont lieu en moyenne une fois par mois. L'objectif de cette double mission est l'accompagnement de la personne dans la construction d'un trajet de soins adapté afin d'éviter la révocation, qui se traduit souvent par un « retour à la case prison » (en cas de non-respect répété des conditions légales ou d'un nouveau passage à l'acte) et par la réincarcération ou la ré-hospitalisation de la personne. « *Il faut toujours penser à préparer l'après* », m'explique Elias, référent d'antenne. Dans les faits, les entretiens et les observations réalisés montrent que la majorité des demandes de suivi proviennent de personnes internées placées temporairement au sein d'annexes psychiatriques de prison, voire en régime cellulaire avec les détenus de droit commun. Le recours à une équipe mobile intervient donc très tôt dans le parcours d'internement. Enfin, en aval de la mesure, quand la libération définitive est prononcée, l'équipe mobile TSI dispose d'une période de trois mois, renouvelable une fois, pour « clôturer » le suivi et procéder à une « passation » vers une équipe 107. Une fois libérée de la mesure judiciaire, la personne pourra continuer à bénéficier d'une prise en charge ambulatoire tombant sous le régime régulier des soins de santé mentale.

⁴³ Pour une analyse plus détaillée du « travail de la demande » par l'équipe mobile TSI, voy. mon travail de thèse en cours (S. DE SPIEGELEIR, 2023).

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

En miroir des interventions *in situ*, l'équipe se réunit une fois par semaine pour un travail de mise en commun. Ces réunions dites « cliniques » sont constitutives de l'intervention⁴⁴ en ce qu'elles la précède (évaluation des candidatures : ce qu'on peut accepter de faire) et la suit (évaluation et compte-rendu des suivis : ce qu'on a fait et ce qu'on pourrait faire autrement). A travers ces moments de délibération, l'équipe obtient une vue d'ensemble sur chacune des situations, qui paraissent parfois « ingérables » ou difficilement conciliables entre elles, ce qui lui permet de perpétuellement réévaluer son cadre de travail. Au-delà de ces réunions intra-antennes, des supervisions sont également mises en place lors desquelles un-e psychologue mandaté-e rencontre l'équipe qui se questionne sur une situation ou sur sa pratique : « *c'est l'occasion de nous rencontrer autrement et d'apprendre à nous connaître* » me confie une psychiatre d'antenne. Enfin, à l'équipe mobile TSI, la somme vaut plus que les parties. Si chacun injecte de sa discipline et de son expérience professionnelle dans le travail collectif, personne n'exerce sa profession individuellement⁴⁵. Ceci permet de dépasser l'écueil d'une expertise dominante, qui compterait plus qu'une autre (par exemple, la fonction prescriptive du médecin-psychiatre)⁴⁶.

B. Les (non-)lieux de l'intervention : un accompagnement dans les interstices

On l'a vu, l'intervention de l'équipe mobile peut se greffer à n'importe quel stade du parcours d'internement. Aux différentes étapes de la trajectoire de l'internement se succèdent diverses institutions au sein desquelles le binôme de professionnels appartenant à l'équipe mobile TSI rencontre la personne internée.

⁴⁴ F. CHAMPY, *op. cit.* note 6, 2012, p. 214-220.

⁴⁵ A titre d'exemple, les psychologues et psychiatres de l'équipe ne font pas de consultation individuelle avec les patients internés qu'ils accompagnent.

⁴⁶ F. CHAMPY, *op. cit.* note 6, 2012, p. 214-220.

Mais le champ d'intervention de l'équipe ambulatoire, qui par définition ne connaît pas de siège fixe, ne se limite pas à ces lieux de vie. Une grande partie du travail d'accompagnement se déploie « hors les murs », au sens littéral de l'expression. A l'instar des nouveaux programmes en santé mentale qui « opèrent aux marges, ou dans les interstices, de différents systèmes pourvoyeurs de soins »⁴⁷, l'équipe mobile présente un caractère « interstitiel ». Dans sa recherche sur les équipes mobiles de psychiatrie-précarité en France, la sociologue Ana Marquès⁴⁸ analyse les activités propres au travail de ces équipes à la lumière du concept de « double interstitialité », qu'elle emprunte aux précédents travaux d'Anne Lovell⁴⁹. Analysant les transformations, et en particulier la « déterritorialisation »⁵⁰ du travail psychiatrique à New-York dans les années quatre-vingts, Lovell souligne un double changement dans la pratique psychiatrique à l'époque : d'une part, elle fait le constat d'une hybridation du profil des bénéficiaires, précisant que ce sont « des habitants de la rue et d'autres groupes marginaux qui deviennent les nouveaux sujets des services de santé mentale ». D'autre part, elle estime que l'interstitialité concerne également « les services eux-mêmes [qui deviennent] ambigus dans leur affichage, et surtout intervallaires dans leur mode d'action », forcés d'« opérer à la marge des organisations formelles »⁵¹. Si Lovell démontre que ces services prétendent à « l'interstitialité » notamment au niveau de leur « spatialité », la pratique des équipes mobiles revêt également un caractère interstitiel dans son « institutionnalité ». Je discute brièvement ces deux éléments avant de passer à la dernière partie de cette contribution : le rapport à l'instance judiciaire.

Intrinsèquement « mobiles », les équipes TSI sont amenées à circuler entre les principaux lieux d'enfermement et de soin mais aussi « dans des zones intervallaires »⁵² qui rappellent les routines de la vie quotidienne. Lovell qualifie ces zones d'interstitialité spatiale de « non-lieux » qui, par exemple, « à travers le mouvement, dissolvent les territorialités urbaines (bus, métro) », ou encore, se rapportent à des « espaces de détente ou de pause (parcs, squares, bancs, atriiums) »⁵³. Dans le contexte de l'équipe mobile TSI, c'est véritablement « sur la route », à bord de la voiture de l'équipe ou de leur voiture personnelle, voire sur un banc dans un parc, ou encore au snack pour « *manger un dürüm* » que la parole se délie et que le travail de construction du lien s'opère avec la personne. Le cadre informel permet aux professionnels d'inscrire leur intervention dans un régime plus souple, moins paternaliste et davantage « partenarial »⁵⁴. Ceci implique une participation active dans le chef de la personne internée qui devra faire preuve

⁴⁷ M. FENNEL, K. DOCKETT, 1990, p. 115, cité dans A. LOVELL, *Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs »*, in *La folie dans la place : Pathologies de l'interaction* [en ligne]. Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996.

⁴⁸ A. MARQUÈS, *op. cit.* note 7, 2010, p. 137-150.

⁴⁹ A. LOVELL, *op. cit.* note 47, 1996, [en ligne].

⁵⁰ A. MARQUÈS, *op. cit.* note 7, 2010, p. 137.

⁵¹ A. LOVELL, *op. cit.*, note 47, 1996, [en ligne].

⁵² A. LOVELL, *op. cit.*, note 47, 1996, [en ligne].

⁵³ A. LOVELL, *op. cit.* note 47, 1996, [en ligne] ; A. MARQUÈS, *op. cit.* note 7, 2010, p. 137.

⁵⁴ J. GAGNÉ et H. DORVIL, *Le défi du partenariat: le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale*. Nouvelles pratiques sociales, 7(1), 1994, p.63-78.

d'un certain niveau d'autonomie – au sens de « se débrouiller », d'agir de façon suffisamment indépendante. C'est dorénavant à la personne internée qu'incombe la tâche d'« aller vers l'équipe » pour demander un accompagnement.

L'interstitialité institutionnelle, quant à elle, souligne que si les missions de l'équipe mobile TSI portent essentiellement sur la personne internée et son projet, elles visent également les autres intervenants qui gravitent autour de celle-ci en vue de consolider et de maintenir un réseau psycho-médicosocial solide. Interagir avec le réseau institutionnel peut prendre différentes formes. Par le biais « d'intervisions », les professionnels, toutes équipes mobiles TSI confondues, discutent de leur pratique et la redéfinissent s'il y a lieu. La participation à des colloques⁵⁵, la diffusion de leur brochure (principalement à partir des services psycho-sociaux des prisons), ou l'organisation de rencontres avec les acteurs de l'internement et des soins de santé mentale, sont autant de stratégies utilisées par l'équipe pour « *informer et sensibiliser au statut d'internement* », répondant ainsi aux objectifs initiaux de la Réforme 107. Sorte de « trait d'union » entre la personne internée et les institutions susceptibles de la prendre en charge, mais aussi entre les différents secteurs d'intervention, les professionnels de l'équipe mobile n'hésitent pas à élaborer des techniques « coup de pouce » en vue d'accompagner le patient vers un projet de réinsertion quand celui-ci ne se « *vend pas très bien* » auprès de futures institutions d'accueil.

C. Recourir à la contrainte judiciaire : mise à distance et collaboration

« Le patient peut arrêter le suivi avec nous dès qu'il le veut. [...] Si le patient le souhaite, on l'aide ; s'il y a un souci, on peut en parler et on peut stopper le suivi. » (JT, extrait d'observation d'une réunion d'équipe)

J'annonçais au tout début de cette contribution que le suivi ambulatoire des équipes mobiles TSI a ceci de particulier qu'il s'exécute sur une base volontaire, hors mandat judiciaire et avec le consentement de la personne internée. Ne s'inscrivant pas dans le cadre des soins ambulatoires sous contrainte, le recours à une équipe mobile TSI ne peut être imposé à la personne, ni figurer dans les conditions légales fixées par la CPS en vue d'une libération à l'essai. Il revient donc à la personne internée de formuler une demande d'accompagnement et « d'activer le suivi » quand elle le souhaite. La personne devra consentir aux objectifs fixés et pourra, à tout moment, arrêter le suivi. Partant, l'équipe inscrit son travail dans le cours des évolutions de la psychiatrie contemporaine : le patient est « acteur de sa prise en charge »⁵⁶. Cependant, l'indépendance face à l'instance judiciaire est moins évidente. S'il n'est pas obligatoire, le suivi par une équipe mobile est tout de même perçu comme un « *facteur protecteur* » et joue en faveur de la personne quand celle-ci doit rendre des comptes à la justice. C'est notamment

⁵⁵ Le 16 septembre 2021 se tenait à Bruxelles un colloque international intitulé « La psychiatrie médico-légale : pratiques, visions et modèles d'organisation des soins », organisé par le Service Public Fédéral Santé Publique, lors duquel des référents d'antennes d'équipes mobiles TSI, francophones et néerlandophones, sont intervenus pour présenter leur missions.

⁵⁶ E. BUREAU-POINT, J. HERMANN-MESFEN, *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier*, Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, 2014, 8, mis en ligne le 6 avril 2021, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>

le cas quand vient la question de l'octroi d'une libération à l'essai. Lors d'un entretien, Eva, psychologue d'antenne TSI, décrit cet enjeu :

« On essaye de batailler pour que ça n'arrive pas [se retrouver, comme équipe TSI, dans les conditions légales imposées par la justice], il faut vraiment que le patient soit volontaire sans obligations. Après, il y a un peu... une sorte « d'hypocrisie ». Même si ce n'est pas dans les conditions et que c'est volontaire, c'est toujours mieux vu par la justice si le patient a une équipe mobile ; un projet va toujours être beaucoup plus accepté si le patient met en avant qu'il a une équipe mobile. Donc, ce n'est pas dans les conditions et en même temps, c'est vraiment un gros plus à faire valoir. »

Les équipes mobiles TSI, bénéficiant de peu d'infrastructures et de moyens matériels, placent le patient au cœur de l'intervention. Et si elles ne font pas usage de la contrainte « pure »⁵⁷, il arrive toutefois, qu'en dernière instance, elles prennent appui sur le cadre de contrainte pour débloquer une situation. Lors d'une réunion d'équipe, Elodie, assistante sociale à l'antenne, rapporte à l'équipe sa visite auprès d'un patient interné en libération à l'essai dont elle assure le suivi avec le référent de l'antenne. Elle décrit la situation comme étant « très compliquée » car « Monsieur ne comprend rien à sa situation ». Elle insiste sur le besoin urgent de mettre en place un administrateur de biens⁵⁸ car « Monsieur est à deux doigts de perdre son logement ». Épuisée de la situation, elle finit par conclure que « Monsieur a vraiment peur de tout ça et surtout de l'administration de biens parce qu'il n'en voulait pas à la base mais on lui a expliqué que c'était noté dans les conditions et qu'il n'a pas le choix. »

Face à certaines situations inextricables, le rappel du tiers judiciaire s'avère être un outil précieux pour « remettre le cadre ». À l'instar de ce que montre Nicolas Sallée à propos des éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse en France, les professionnels de l'équipe mobile TSI n'ont pas recours à l'instance judiciaire comme une « arme juridique appliquée systématiquement mais [comme] une ressource [...] utilisée pragmatiquement »⁵⁹. Pour le dire autrement, la figure d'autorité que représentent la CPS et les acteurs judiciaires sert de levier, sous la forme d'une contrainte « douce », qui vise à rappeler les conditions légales et le double cadre protectionnel dans laquelle l'intervention s'inscrit : protéger la personne et défendre la société.

⁵⁷ A. LOVELL, Coercion and social control, in Deborah L. DENNIS, John MONAHAN (eds.), *Coercion and aggressive community treatment*, Boston, Springer, MA, 1996, p. 147-166.

⁵⁸ En Belgique, l'administration de biens est un régime de protection encadré par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine. L'administrateur de biens est généralement un avocat mais peut aussi être un membre de la famille. Il se charge de gérer les biens, les dépenses et les revenus de la personne concernée.

⁵⁹ N. SALLÉE, *Des éducateurs placés sous main de justice: les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse entre droit pénal et savoirs sur l'homme* (Thèse de doctorat en sociologie), Paris 10, 2012, p. 253.

CONCLUSION : LES DÉFIS D'UNE NOUVELLE PROFESSIONNALITÉ

Cet article donne une place modeste mais certaine à la pratique professionnelle des équipes mobiles TSI, jusque-là peu, voire pas du tout travaillée dans la littérature sociologique. Par son intervention ambulatoire et non contraignante, l'équipe mobile TSI « brouille les genres » de la prise en charge classique des personnes internées. Celle-ci a longtemps été ancrée dans une logique d'enfermement « totalisant », plaçant l'internement et les personnes concernées dans un carcan pénal.

Les équipes mobiles TSI ont émergé sur la scène de l'internement afin, d'une part, d'assurer un suivi ambulatoire aux personnes internées pendant toute la durée du trajet de soins et, d'autre part, d'adosser un relais interventionnel « hors les murs » aux institutions carcérales et psychiatriques qui accueillent ces personnes. L'enquête empirique préalable à l'analyse a permis de mettre en évidence les trois stades du trajet de soins de l'internement qui, s'il se veut d'abord « carcéral », admet ensuite une période probatoire par le biais d'une libération à l'essai en résidentiel et, progressivement, dans la communauté, sous le régime général des soins de santé mentale. Acteurs phares du mouvement de désinstitutionnalisation en ce qu'elles permettent une prise en charge en dehors des murs traditionnels de l'internement (la prison et l'hôpital psychiatrique), les équipes mobiles TSI ne font toutefois pas office de substitut aux institutions de l'internement : elles prolongent l'offre institutionnelle et ses missions de soins à l'extérieur.

Pourvue d'une double mission (de *liaison* d'abord, d'*outreaching* ensuite) et chargées d'un accompagnement à deux têtes (*matériel* d'une part, en vue d'accompagner la personne dans ses déplacements et *assistanciel* d'autre part, pour l'accompagner dans ses démarches psychosociales), l'équipe mobile TSI privilégie une intervention collective qui se construit dans le travail continu de mise en commun des savoirs experts de ses membres. Comme l'explique Sacha, référent d'antenne, l'équipe mobile, porteuse du projet TSI de la personne internée qu'elle accompagne et garante de ses droits et de sa volonté, tâche, dans la mesure du possible, d'être un « outil » pour les bénéficiaires et le réseau de partenaires, sans être pour autant « instrumentalisée ». Toutefois, le caractère judiciaire et sécuritaire de la mesure d'internement pose, sur le terrain, quelques défis à l'équipe. Si, en pratique, elle tente de se mettre à distance de l'autorité judiciaire pour asseoir son mandat « libre », les professionnels y ont parfois recours pour rappeler le cadre aux bénéficiaires de ses interventions. Reste à savoir comment l'équipe tente, en amont, de faire accepter le suivi au patient interné, nécessitant de recueillir son consentement et de travailler sur ses capacités d'autonomie et, en aval, de se retirer pour céder la place aux acteurs des équipes 107 « généralistes » pour le « désinterner ».