



Travailler l'autonomie par la contrainte : à propos des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone

Sophie De Spiegeleir

DANS **DÉVIANCE ET SOCIÉTÉ** 2025/3 Vol. 49 , PAGES 69 À 98
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0378-7931

DOI 10.3917/ds.493.0069

Date de mise en ligne : 18/03/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2025-3-page-69?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Travailler l'autonomie par la contrainte : à propos des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone

Sophie DE SPIEGELEIR

Chargée de recherches F.R.S.-FNRS

Membre du Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie
– études et recherches (CASPER) et du Centre de recherches
et d'interventions sociologiques (CESIR)

UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, 43 Boulevard du Jardin
botanique, 1000 Bruxelles, Belgique
sophie.despiegeleir@uclouvain.be

Introduction

À l'occasion de la réunion clinique hebdomadaire d'une unité psychiatrique médico-légale (UPML), située en Belgique francophone, les professionnels^[1] autour de la table discutent d'un patient interné, monsieur M., qui est « souvent dans la plainte ». L'épouse du patient, dont les propos sont rapportés par le psychiatre, a pris contact avec l'équipe car elle craint, dès la sortie de son mari, que celui-ci soit violent et mette à nouveau le feu à leur habitation ; elle voudrait qu'il « redevienne comme avant ». S'adressant à ses collègues, le psychiatre précise qu'il a rappelé à l'épouse que « ce n'est pas parce que le patient est interné qu'on peut le contraindre à tout », avant de conclure que « ce qu'elle attend de nous n'est pas forcément ce qu'on peut faire ». Mais, concrètement, que font les professionnels des UPML ?

Depuis le début des années 2000, les unités psychiatriques médico-légales accueillent des personnes sous mesure d'internement « pénal » ou « de défense sociale » (van de Kerchove, 2010 ; Cartuyvels, 2018) qui bénéficient d'une libération à l'essai. Lors de cette phase probatoire s'amorce un travail de préparation à la réinsertion du patient interné. L'équipe professionnelle des UPML, qui se compose, entre autres, de psychiatres, de psychologues, de criminologues, d'infirmiers et d'assistants sociaux, oriente son intervention vers un objectif précis : rendre le patient suffisamment autonome afin de le faire sortir de l'unité et d'envisager son retour progressif vers la société. Toutefois, ce travail relève de la gageure. Des tensions peuvent apparaître lorsque l'autonomie dont le patient fait preuve ne correspond pas à celle souhaitée par les professionnels. Ces derniers vont alors entreprendre tout un travail d'ajustement de l'autonomie du patient au cadre de l'intervention. Pour ce faire, l'équipe a recours à différents modes d'action, qui admettent un niveau de contrainte plus ou moins élevé et qui risquent d'entraver, à des degrés variés, la volonté du patient de réaliser certaines activités. La contrainte peut recouvrir différentes formes : allant des privations ou restrictions temporaires de liberté – dans les cas de la mise à l'isolement ou de la suppression des sorties autorisées –, jusqu'aux techniques de ruse ordinaires pour influencer le cours de l'action de la personne (par exemple, oublier de divulguer certaines informations, voir : Vidal-Naquet, 2019), en passant par l'usage de la menace de retirer un privilège (Lovell, 1996). Ces actions ne se produisent pas dans un cadre abstrait, mais sont, au contraire, toujours prises dans un contexte social qui fait peser des injonctions fortes et parfois contradictoires sur l'intervention des professionnels.

1 Dans cet article, par souci de clarté, il est question des « professionnels » et des « patients internés » au masculin, en tentant, quand c'est possible, d'alléger le texte avec une forme d'écriture épiciène (« équipe professionnelle », « personne internée »).

Cet article, prenant appui sur une recherche ethnographique menée dans le cadre d'une thèse de doctorat (De Spiegeleir, 2025a) et puisant principalement dans les ressources théoriques de la sociologie des professions et de la santé mentale, tente d'éclairer les dessous de l'intervention des UPML, mettant au jour, d'une part, les usages différenciés de la contrainte et, d'autre part, la marge de manœuvre dont les professionnels disposent pour mener à bien leur travail. L'exercice ne vise pas à justifier ni à condamner les formes de pression exercée sur les patients internés, mais à tenter de les expliquer afin de saisir, de façon plus globale, ce que signifie intervenir auprès d'autrui dans un contexte où pénal et santé mentale s'imbriquent.

Les réflexions proposées ici rejoignent les nombreux travaux réalisés sur l'internement, tant en Belgique néerlandophone que francophone. Sans prétendre à l'exhaustivité, bon nombre de recherches, en droit et en criminologie et, dans une moindre mesure, en sociologie, traitent des évolutions sociolégislatives de la défense sociale et de l'internement (loi de 1930, modifiée par la loi de 1964, voir van de Kerchove, 2010 ; Cartuyvels, 2017), ainsi que du régime légal en vigueur, en application depuis huit ans (loi du 5 mai 2014, voir Vander Beken, 2017 ; Cartuyvels, 2018 ; Nederlandt *et al.*, 2018). D'autres contributions abordent une série d'enjeux liés à la mesure d'internement : les nombreuses condamnations de l'État belge par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et les implications en matière de droits fondamentaux (Dourneau-Josette; Tulkens, 2010 ; Nederlandt, Colette-Bassecqz, 2018 ; Cartuyvels, 2022), le possible futur rôle joué par les neurosciences au tribunal dans la détermination de la responsabilité pénale (Hanouille, Verbruggen, 2016), les questions liées à l'expertise psychiatrique et à la place du soin en défense sociale (Cartuyvels *et al.*, 2010), le travail de certains acteurs du champ, comme les coordinateurs de soin (Darcis, Thunus, 2017) et les équipes mobiles Trajet de Soins Internés (TSI) (De Spiegeleir, 2022), ou encore les différents processus décisionnels qui conduisent à une mesure d'internement (Nederlandt *et al.*, 2023). Le domaine de la psychologie et de la psychiatrie légale connaît également une littérature abondante en la matière. Mêlant analyses statistiques et enquêtes qualitatives, ces recherches examinent différentes thématiques : par exemple, l'analyse des profils cliniques ou psychométriques des patients internés (Oswald *et al.*, 2016), l'expérience vécue des personnes internées et celle de leur famille (Aga *et al.*, 2019), l'évolution des structures de prise en charge pour les patients internés (De Page, Titeca, 2021), ainsi que les méthodes et outils d'expertise utilisés dans la détermination du risque de récidive et de violence (Vicenzutto *et al.*, 2016 ; Jeandarme *et al.*, 2019). Le système d'internement « pénal » se distingue des autres régimes juridiques qui régissent les privations ou les restrictions de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental que l'on peut retrouver à l'étranger et qui font, eux aussi, déjà l'objet de recherches : l'internement de sûreté en

Allemagne (Nicolas-Gréciano, 2022), les mesures de soins pénalement ordonnés en France (Gautron, 2023 ; Couturier, 2022), l'internement psychiatrique au Québec (Bernheim, 2022) ou encore les différents types de placements psychiatriques forcés en Suisse (Ferreira, Hatam, 2022) sont autant d'exemples.

La thèse dont est issu le présent article s'inscrit à la suite de tous ces travaux et vise à mettre en lumière un moment particulier de l'internement, encore très peu documenté empiriquement : la préparation à la réinsertion, à partir de la libération à l'essai, telle qu'elle est opérationnalisée par les équipes professionnelles des UPML^[2]. Pour rendre compte des pratiques professionnelles à l'œuvre sur ce terrain, quatre étapes sont nécessaires. Après avoir décrit la mesure d'internement et la place occupée par les UPML (1), je présente brièvement la méthodologie déployée et la posture choisie pour approcher ce terrain (2). Ensuite, je donne les balises théoriques utiles à l'analyse des données récoltées (3). Enfin, je m'attache à mettre au jour les façons dont les professionnels tentent d'agir concrètement sur la volonté des patients. En m'intéressant aux différents modes d'action des professionnels, je montre l'émergence de tout un travail d'autonomie qui appelle des niveaux gradués de contrainte, à la fois dans un objectif de contrôle social afin de façonner des comportements attendus et aussi de réinsertion. L'analyse met également en lumière que ces façons d'intervenir sont elles-mêmes prises dans un contexte social contraignant et qui exerce une certaine influence (4).

Les unités psychiatriques médico-légales : une place intermédiaire dans le parcours d'internement

En Belgique, il existe deux régimes de privation ou de restriction de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental : d'un côté, un volet civil qui couvre des « mesures de protection imposées » aux personnes « atteintes d'un trouble psychiatrique »^[3] et qui présentent un danger pour elle-même ou pour autrui – anciennement appelées « mises en observation » (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022). De l'autre, un volet pénal qui vise l'internement des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental. Cette contribution porte uniquement sur la seconde catégorie.

2 La thèse couvre également un second terrain empirique, les équipes mobiles Trajet de Soins Internés, qui ne fait cependant pas l'objet de cette contribution, voir De Spiegeleir, 2022.

3 Il s'agit de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, modifiée le 16 mai 2024 par la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

L'internement est une mesure de sûreté à durée indéterminée. Encadrée par la loi du 5 mai 2014, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, la mesure concerne des personnes ayant commis une infraction pénale qui porte gravement atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'un tiers et qui, en raison d'un trouble mental présent au moment du jugement, sont déclarées pénalement irresponsables de leurs actes. Ces personnes sont également considérées comme présentant un risque de récidive (art. 5 de la loi du 5 mai 2014). Héritier direct de la philosophie de la défense sociale (van de Kerchove, 2010), l'internement repose sur une rationalité hybride entre soin et sécurité et poursuit un double objectif : protéger la société d'individus potentiellement dangereux et dispenser les soins nécessaires à ces mêmes individus dans la perspective de leur réinsertion (art. 2). Si, auparavant, l'internement privilégiait une mise à l'écart des « aliénés délinquants » au sein d'institutions psychiatriques ou carcérales (Cartuyvels, 2018), laissant peu de perspectives de sortie, il s'articule aujourd'hui autour d'un « trajet de soins » (TSI ; art. 2) qui s'organise en plusieurs étapes afin d'envisager un retour vers la société.

Toute décision d'internement est précédée d'une expertise psychiatrique médico-légale à partir de laquelle une juridiction de fond ou d'instruction peut prononcer la mesure de sûreté. Dès que celle-ci est octroyée, la personne internée est amenée à intégrer des structures de prise en charge qui présentent un niveau de sécurité plus ou moins élevé. Le passage d'un lieu à l'autre est conditionné par la capacité de la personne internée à (re)conquérir une certaine autonomie afin de pouvoir être, progressivement, libérée de la mesure d'internement. Le TSI peut être représenté en trois grandes phases successives. D'abord, la personne internée est « placée » au sein de structures hautement sécurisées (*high security*) qui, en pratique, peuvent être une section ou un établissement de défense sociale, un centre de psychiatrie légale ou encore un hôpital psychiatrique sécurisé. En raison des longues files d'attente pour accéder à ces lieux de placement, il arrive que des personnes internées soient illégalement maintenues au sein d'annexes psychiatriques de prisons, pourtant jugées peu propices au soin. Cela a valu à l'État belge de nombreuses condamnations par la CEDH (Nederlandt, Colette-Basecqz, 2018 ; Cartuyvels, 2022). Ensuite, à condition que le trouble mental soit stabilisé et le risque de récidive considérablement réduit, la personne internée peut accéder à l'étape probatoire du parcours d'internement : la libération à l'essai (art. 25). Moment pivot du TSI, qui dure à *minima* trois ans, elle est octroyée par la chambre de protection sociale du tribunal de l'application des peines^[4], l'instance judiciaire en

4 Il existe six tribunaux de l'application des peines (TAP) en Belgique, répartis entre les cinq ressorts des cours d'appel (Gand, Anvers, Liège, Mons et Bruxelles, qui est subdivisée en deux TAP, l'un francophone et l'autre néerlandophone). Chaque TAP dispose d'une chambre

charge du contrôle de l'exécution de la mesure. Pendant la libération à l'essai, la personne internée est soumise à toute une série de conditions légales, sous la guidance d'un assistant de justice, qui encadrent le délai d'épreuve. Parmi ces conditions peut figurer le séjour au sein d'un lieu résidentiel de soins de santé mentale présentant un niveau moyen de sécurité (*medium security*), comme une unité psychiatrique médico-légale. Enfin, la libération à l'essai se poursuit en milieu plus ouvert : la personne internée intègre des lieux résidentiels de plus petite taille et dont l'encadrement professionnel est plus souple (*low security*) ; par exemple, des maisons de soins psychiatriques ou des initiatives d'habitation protégée, voire une communauté thérapeutique ou même son propre domicile. L'octroi d'une libération définitive met fin à la mesure d'internement (art. 66). Cette représentation du TSI est idéale-typique et n'a pas vocation à en montrer toutes les spécificités. Par exemple, il arrive que la libération à l'essai soit directement accordée sans qu'un « placement » *high security* n'ait eu lieu.

Les UPML occupent une position intermédiaire dans le TSI, en ceci qu'elles interviennent après le passage par des lieux hautement sécurisés et avant l'arrivée de la personne internée au sein de lieux qui fonctionnent selon un niveau de sécurité beaucoup moins élevé. C'est lors de cette étape *liminaire* du parcours d'internement que s'envisage le travail de préparation à la réinsertion.

La première unité psychiatrique médico-légale en Belgique francophone a été créée en 2001, à la suite d'un appel à « projet pilote » émis par le ministère belge de la Santé publique, dans un contexte marqué par le premier arrêt rendu trois ans plus tôt par la CEDH, qui dénonçait la surpopulation et le manque de soins pour les personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons (arrêt *Aerts*, 1998). S'ensuivit la mise sur pied progressive d'autres UPML dans le but de « vider les annexes ». Toutefois, vingt ans plus tard, le constat est moins optimiste : bien que l'on recense au moins quatre^[5] UPML dans le paysage belge francophone et trois dans la partie néerlandophone, les annexes psychiatriques des prisons n'ont, quant à elles, pas évolué pour autant et comptent autant de personnes internées, voire davantage, qu'auparavant.

de protection sociale (CPS), aussi communément appelée « chambre interné ». Mises sur pied à la suite de la réforme de l'internement en 2014, les chambres de protection sociale sont composées d'un magistrat qui la préside et de deux assessseurs : l'un formé en psychologie clinique, l'autre spécialisé en réinsertion sociale.

- 5 Des patients internés libérés à l'essai peuvent aussi séjourner au sein d'unités hospitalières qui accueillent des patients issus du régime régulier de la psychiatrie. D'autres hôpitaux psychiatriques possèdent également des « lits de crise » pour personnes internées mais ne disposent pas d'unités de soins exclusivement prévues pour les patients internés en libération à l'essai.

Les UPML sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques et accueillent environ une trentaine de patients internés en libération à l'essai qui présentent un risque de récurrence moyen. Ces derniers présentent un diagnostic primaire de psychose, pouvant se combiner à un diagnostic secondaire d'assuétude, de trouble de la personnalité ou de handicap mental. Les unités n'admettent pas de personnes ayant commis une infraction à caractère sexuel⁶. En principe, les unités sont mixtes, bien que les patients soient, en très large majorité, des hommes. Les séjours, qui durent en moyenne une année et demie, visent à rendre le patient suffisamment autonome afin de le préparer à une vie en dehors des murs de l'hôpital. Le qualificatif *medium security*, utilisé pour décrire le régime des UPML, renvoie à cette position d'entre-deux et ne permet pas de déterminer clairement quel est le niveau de contrainte réellement présent dans ces unités. S'il est, certes, moins élevé qu'au sein des lieux carcéraux ou connotés comme tels (voir *supra*, les lieux de placement), il est toutefois plus élevé qu'au sein des lieux extrahospitaliers.

À la différence des lieux de placement, les UPML peuvent choisir leurs patients sur la base des critères précités. Les personnes internées, quant à elles, doivent « candidater », selon les termes utilisés dans ce milieu, pour pouvoir poursuivre leur libération à l'essai à l'UPML. Il est attendu que la personne internée, pour laquelle une libération à l'essai a été octroyée, signe le document qui répertorie les conditions légales que cette étape probatoire requiert. Puisque la personne internée marque son accord par sa signature pour l'hospitalisation en UPML, du côté de la justice, la démarche semble volontaire. Cependant, dès que le séjour en UPML a commencé, en raison notamment du système interne de régulation des sorties qui régit la vie à l'unité (voir *infra*), une impression constante de contrainte domine. En outre, dans le cas où une personne internée refuserait de signer les conditions légales de la libération à l'essai, ce qui reviendrait à exprimer un refus de séjourner en UPML, celle-ci serait forcée de rester en prison ou dans tout autre lieu hautement sécurisé. Les choix de la personne semblent donc être réduits à deux alternatives : demeurer dans un cadre hautement sécuritaire ou passer à l'étape suivante du TSI, en intégrant un service qui présente un niveau de sécurité moins élevé.

Une telle configuration fait planer une incertitude sur la volonté réelle du patient de s'engager dans une démarche de soins. On peut

6 Ce groupe de patients n'est pour autant pas exclu du système de l'internement, mais il ne constitue pas le groupe cible des UPML car, selon leur politique intérieure, ces unités ne seraient pas suffisamment équipées pour prendre en charge ce type de profil. Des lits psychiatriques sont néanmoins prévus dans le paysage de l'offre médico-légale des soins de santé mentale pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS). Il en va de même pour les personnes qui présentent un diagnostic primaire de handicap mental.

avancer l'hypothèse que le patient serait quelque peu forcé ou, du moins, influencé par un tiers à postuler pour un séjour en UPML. Cela ne signifie toutefois pas qu'aucun patient ne soit jamais pleinement volontaire, mais simplement qu'il est difficile de s'en assurer. D'autres recherches sur les processus de contrainte à l'œuvre en amont de l'octroi de la libération à l'essai pourraient éclairer ce point. En attendant, on peut qualifier le régime des UPML comme relevant de la semi-contrainte car, si les patients internés doivent poser leur « candidature » afin de pouvoir poursuivre une partie de leur libération à l'essai à l'unité médico-légale, ils n'ont pas forcément envie d'être là et, une fois dans les murs de ces unités, leur liberté d'action et de mouvement est fortement contrariée. Les personnes internées qui résident au sein de ces unités peuvent généralement circuler à l'intérieur de l'hôpital et, s'il y a lieu, dans le jardin, selon des horaires précis, mais elles ne peuvent sortir de l'institution qu'à condition de recevoir une autorisation médicale et dans un but précis (bénévolat, moment en famille, visite chez le dentiste, etc.). Leur liberté est donc, dans une certaine mesure, contrainte et continuellement mise à l'épreuve dans la perspective d'une réinsertion future. La sortie définitive des unités, c'est-à-dire la fin de l'hospitalisation, dépend, quant à elle, d'une décision judiciaire qui incombe à la chambre de protection sociale du tribunal de l'application des peines.

Dans un contexte où la contrainte est présente sans être pour autant toujours évidente, comment les professionnels des UPML interviennent-ils auprès d'un patient interné dans la perspective de sa sortie ? Avant de rendre compte des pratiques professionnelles que sous-tend ce régime de semi-contrainte, je vais brièvement revenir sur la façon dont j'ai récolté les données qualitatives et sur le choix de la posture épistémologique, ainsi que sur les outils théoriques sélectionnés pour analyser ces données.

Suivre les pratiques de contrainte : enquête ethnographique et paire de lunettes pragmatique

Le matériau empirique

Les données empiriques mobilisées ici s'appuient sur les résultats d'une enquête ethnographique menée au sein de deux unités psychiatriques médico-légales situées en Belgique francophone. Il ne s'agissait pas de mener une étude comparative sur deux structures semblables, mais plutôt d'enrichir le matériau empirique. Le terrain auprès des deux unités s'est étalé sur une année, du mois de mars 2021 au mois de mars 2022. Au total, j'ai passé environ

240 heures sur place. L'enquête s'est déroulée dans le contexte pandémique lié au Covid-19, ce qui a marqué l'organisation interne des UPML et a indéniablement ralenti mon entrée sur ces terrains. Néanmoins, après une année de négociation, ma demande d'immersion a été validée par un comité d'éthique, interne aux deux hôpitaux psychiatriques concernés.

Une fois sur place, les observations ethnographiques étaient « fractionnées » (Cefaï, 2013, 1) et se sont orientées vers le travail des professionnels. J'ai ciblé, en particulier, leurs réunions d'équipe qui sont des moments privilégiés où les professionnels, ou une partie d'entre eux, reviennent ensemble sur les événements importants de la semaine et procèdent à des évaluations principalement cliniques des patients de l'unité. On y voit émerger les critères attendus chez le patient « idéal », c'est-à-dire celui qui, selon le jugement des professionnels, est le plus à même de se réinsérer. J'ai aussi porté une attention particulière à la vie ordinaire de l'unité basée sur les interactions « à vif » entre un petit nombre de professionnels et certains de leurs échanges, en salle, avec les patients. Dans les murs, munie d'un badge ou de clés, j'avais accès aux couloirs principaux des unités, à la salle de loisir et au bureau des soignants. En parallèle de ces observations, qui forment le cœur du matériau empirique, j'ai aussi réalisé seize entretiens à visée compréhensive auprès des professionnels des deux UPML qui ont accepté de se prêter au jeu. J'ai principalement interrogé des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des infirmières, ainsi que des criminologues et des assistantes sociales^[7]. Ce matériau s'étant avéré plus lisse, en ceci qu'il rend compte d'un certain type de discours dont il n'est pas aisé de restituer le contexte (Lareau, 2021), il est apparu plus secondaire dans l'analyse. Enfin, bien que l'enquête porte sur les pratiques professionnelles, il m'est arrivé d'échanger avec certains patients et de participer à certaines activités ludiques (par exemple, à l'activité jeux de société). Les accords de modalité du terrain n'incluaient pas l'observation des consultations médicales ou psychologiques, ni l'enregistrement systématique, au moyen d'un dictaphone, des discussions et des situations que j'observais. La récolte des données a donc consisté en une conséquente prise de notes dans des carnets de terrain, qui ont ensuite été retranscrits et organisés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo. Les extraits cités dans l'article sont directement issus de ces carnets. Ils ont parfois fait l'objet d'une réécriture à des fins d'esthétique et de clarification. Par souci d'anonymat, tous les noms cités sont

7 Les données récoltées par le biais des entretiens n'ont pas permis de retracer les trajectoires des professionnels ni leur inscription dans les rapports sociaux de genre, de classe et de racialisation ; la démarche visait plutôt à s'intéresser à leurs pratiques dans le cours de l'action et aux critiques qu'ils formulent eux-mêmes sur leurs actions (voir *infra*).

des noms d'emprunt, qui tentent d'approcher au plus près des situations culturelles et sociales des acteurs rencontrés, pour faire écho à une forme d'« anonymisation située » (Coulmont, 2017).

Un intérêt pour les compétences des acteurs de terrain

J'ai regardé le terrain des UPML au moyen d'une paire de lunettes pragmatique (Lemieux, 2018), qui consiste à porter son attention sur les actions des professionnels *en train de se faire* et sur les discours que tiennent les professionnels sur ce qu'ils font. Cette perspective permet de prendre au sérieux les compétences des professionnels et de s'intéresser au sens qu'ils donnent aux tâches qu'ils accomplissent, à travers la façon dont ils racontent leur pratique quotidienne, décodent des situations complexes et, surtout, justifient leurs actions (Boltanski, Thévenot, 1991). Concrètement, une fois dans les murs des unités, j'ai opté pour un double positionnement épistémologique : d'une part, je me suis placée à côté des professionnels pendant leurs interventions et leurs interactions avec les patients (le « feu de l'action »), observant ce qu'ils font au moment où ils le font. D'autre part, je me suis intéressée aux « opérations critiques » (Boltanski, 1990, 130) des professionnels, en me plaçant, cette fois, *avant* l'intervention directe ou *après* celle-ci, lors des moments de « reprises de l'action » (Ravon, 2012, 97). Ces moments de réflexions collectives sur l'intervention étaient soit informels, lors de discussions qui survenaient spontanément dans le couloir, soit formels, lors de réunions d'équipe.

L'immersion dans les pratiques quotidiennes des UPML a nécessité beaucoup de prudence, non pas en raison de la potentielle dangerosité des personnes internées, mais de l'exercice délicat qu'est l'observation de pratiques qui, parfois, entravent les volontés et les libertés d'autrui. Témoin direct de telles pratiques, il n'est pas toujours aisé pour celui ou celle qui observe de savoir quelle posture adopter. Je me suis positionnée en faveur d'une certaine « indifférence méthodologique » qui tend à « respecter un principe de symétrie » (Barthe *et al.*, 2013, 198) et qui permet d'être moins tenté par le piège « potestatif » (Vibert, 2017) selon lequel l'intervention des UPML ne devrait s'observer qu'au travers des lunettes de la domination d'un groupe (les professionnels) sur un autre (les patients). Si, de fait, des asymétries existent, elles ne sont pas la seule ressource explicative des actions des individus. C'est donc plutôt en position de sociologue « opticienne », qui propose « de façonner et proposer des verres [au lecteur] pour observer la réalité sociale » (Théry, 2017, 113), que j'ai tenté de saisir les pratiques des professionnels sur la scène particulière qu'offrent les UPML. L'intérêt porte sur le

« pilotage à vue » et « par le bas » des acteurs (Ravon, Neuilly, 2017, 42), plutôt que sur le dévoilement des rapports de force qui surplombent les actions individuelles.

Balises théoriques : contextualiser et replacer les pratiques de contrainte dans un continuum

L'intervention des UPML s'inscrit dans un contexte social traversé par au moins deux impératifs : d'une part, il faut protéger la personne du danger qu'elle peut représenter pour elle-même et pour autrui et, d'autre part, la focale est mise sur la prise en compte et la garantie de l'autonomie, de la dignité et des droits fondamentaux des personnes concernées (Velpry *et al.*, 2018). Dans le cadre de l'internement, l'impératif de protection revêt également une dimension sécuritaire, en ceci qu'il faut défendre la société contre le risque d'un nouveau passage à l'acte. Partant, les professionnels des UPML sont souvent amenés à devoir faire tenir ensemble des impératifs qui, à première vue, paraissent contradictoires, ce qui rend leur travail extrêmement difficile (Ravon, Vidal-Naquet, 2018). Ce travail peut s'apparenter à ce que Florent Champy appelle « les professions à pratiques prudentielles » (2012). Ce type de pratique s'inscrit dans un climat d'incertitude immense. Dans ce cas-ci, la question est toujours de savoir si un patient qu'on prépare à la sortie est suffisamment prêt et s'il ne va *a priori* pas récidiver. Les situations que traitent les professionnels étant toutes aussi singulières que complexes, ces derniers sont obligés d'adapter leurs façons de faire, qui sont parfois très formalisées, à la diversité des cas qu'ils rencontrent. Ce faisant, ils mobilisent une multitude de stratégies pour amener le patient dans la « bonne » direction (celle de l'autonomie et de la réinsertion), usant de modes d'action plus ou moins contraignants dans le but d'agir sur la volonté du patient et d'infléchir le sens de son action.

L'analyse des modes d'action observés sur le terrain des UPML et qui sont au cœur de cette contribution s'appuie sur différentes recherches en sociologie des pratiques d'aide et de soin dans le champ de l'intervention psycho-médicosociale, qui ont interrogé le recours à la contrainte. Parmi celles-ci, les travaux d'Anne Lovell, en particulier son étude sur les pratiques de contrainte dans les services de santé mentale communautaires aux États-Unis, sont particulièrement éclairants. D'après Lovell, les pratiques coercitives (*coercion*) gagnent à être pensées sur un continuum et s'apparentent à une forme de « contrôle social ». En ces termes, la sociologue ne prétend pas qu'il s'agisse uniquement de rapports de pouvoir qu'il faudrait dénoncer, mais que « la contrainte dans les pratiques de santé mentale apparaît comme un acte intrinsèquement

social » (Lovell, 1996, 151)^[8]. Elle suggère également qu'il faut replacer ces pratiques dans leur contexte de production, qui peut être quasi déterminant (Lovell, 1996).

En quoi consiste ce continuum ? Lovell distingue quatre modalités d'intervention sur lesquelles les professionnels s'appuient en vue d'obtenir un comportement souhaité chez un patient (1996, 151). Chacune de ces modalités fait intervenir des niveaux plus ou moins élevés de contrainte. La première est sans doute la forme la plus évidente de contrainte, ce que Lovell nomme « la coercition physique ou mentale » (*coercion*). Ensuite, deux types de contrainte, qui diffèrent légèrement l'une de l'autre en intensité, consistent à obtenir une certaine attitude chez le patient. La première repose sur la menace d'une sanction : il s'agit du « volontarisme contraint » ou du « contrôle bilatéral » (*coerced voluntarism* ; Peyrot, 1985). La deuxième, sur la promesse d'une ressource avantageuse et souhaitée, souvent traduite par « l'adhésion utilitaire » (*utilitarian compliance*). Enfin, une dernière forme de contrainte, plus subtile, est la persuasion (*persuasion*), qui tend à égaliser le rapport entre les deux groupes de l'intervention.

Cet article reprend en détail ce continuum de la contrainte et analyse les pratiques observées dans les UPML à la lumière de celui-ci. L'objectif n'est pas de se positionner vis-à-vis de ces pratiques (est-ce que la façon d'agir des professionnels se justifie moralement ?), mais d'en analyser le développement progressif dans le cours de l'action, afin de voir leurs conditions de possibilité (comment et pourquoi les professionnels font-ils ce qu'ils font ?).

La typologie idéale-typique des formes de contrainte développée par Lovell a déjà été mobilisée sur d'autres scènes sociales similaires : on retrouve, par exemple, dans le contexte français, trois thèses en sociologie qui portent respectivement sur les pratiques professionnelles et les parcours de vie des patients des centres médico-psychologiques (Velpy, 2008), la place des pratiques coercitives dans la psychiatrie post-asilaire (Moreau, 2015) et le travail de légitimation des équipes mobiles psychiatrie-précarité (Marques, 2010). Plus récemment, on recense aussi les travaux de Pierre Vidal-Naquet, notamment sur les usages de la contrainte chez les travailleurs sociaux en France (2019) et, dans le contexte belge, ce sont les pratiques d'intervention des services d'accompagnement socioéducatif et des maisons d'enfants qui ont été analysées sous cet angle (Messaoudi, 2021). Le terrain belge de l'internement apparaît, dès lors, comme une scène empirique originale pour penser à

8 Original : *Coercion in mental health practice thus emerges as an inherently social act.*

nouveaux frais ce cadre d'analyse et le recours à des formes de contrainte ainsi que le contexte social dans lequel il s'inscrit.

Rendre autonome : des pratiques de contrainte et la contrainte des pratiques

– Magali, infirmière : *Ici [à l'UPML], ça va changer. On va moins forcer les patients à se lever. S'ils ne viennent pas au petit déjeuner, eh bien, tant pis !*

– Charlotte, assistante sociale : *C'est bof, ça.*

– Magali, infirmière : *Bah non, et quand ils seront chez eux ? [...]*

– Maud, infirmière : *Ici [à l'UPML], le week-end, c'est porte ouverte, hein ! Je ne pense pas que ça va changer grand-chose, [les patients] viendront pour leur traitement car ils le savent.*

– Magali, infirmière : *Oui, c'est comme les horaires de cantine, il faut les habituer pour quand ils seront chez eux [...] Moi, tous ces horaires, je trouve ça trop enfantin. Ici, il faut les autonomiser.*

– Charlotte, assistante sociale : *Oui, j'ai revu monsieur F. qui est sorti [de l'UPML] il n'y a pas si longtemps, il était tout perdu car il avait trop de liberté. [...]*

(Journal de terrain, 18 octobre 2021)

Dans l'extrait ci-dessus, deux infirmières et une assistante sociale discutent des changements à venir, liés au futur déménagement de l'UPML. Magali interroge un aspect du cadre d'intervention et explique que, dorénavant, au nom de l'autonomisation des patients, les professionnels vont « moins forcer les patients » à faire ce qu'ils voudraient qu'ils fassent – ici, en l'occurrence, se lever aux horaires déterminés par l'équipe. Son argument, en faveur d'un moindre recours à la contrainte, repose sur l'idée qu'il faut préparer le patient à la vie en dehors des murs (« et quand ils seront chez eux ? »), là où il n'y aura peut-être pas autant de contraintes ou de personnes pour s'assurer que le patient se lève à une heure raisonnable. Au fil de la discussion, Magali soutient également l'idée selon laquelle il est tout de même bon « d'habituer » le patient à suivre une routine de vie au sein de l'unité, c'est-à-dire l'y contraindre dans une certaine mesure, afin de le préparer à une réinsertion dans un lieu de vie extrahospitalier. Finalement, elle adopte une lecture critique du travail d'autonomie tel qu'il est pratiqué, jugeant cette façon de faire

trop infantilisante. Néanmoins, elle ne dispose pas d'une grande marge de manœuvre pour réellement changer les façons de procéder à l'unité.

Les observations menées à l'intérieur des UPML montrent que l'équipe attache une importance particulière aux capacités d'autonomie des patients internés. Si l'autonomie est une notion plurivoque, elle signifie quelque chose de précis dans le contexte de l'internement (De Spiegeleir, 2025b). En effet, en rattachant la notion aux usages concrets qu'en font les professionnels lorsqu'ils la mobilisent, ainsi qu'à ces jeux de langage (Marquis, 2019), on voit apparaître trois référentiels de l'autonomie : un patient interné, suffisamment autonome, est capable d'agir de façon indépendante dans tous les aspects de sa vie quotidienne (se lever, se laver, prendre ses médicaments, etc.) ; il est aussi capable d'être en relation avec autrui (échanger et rire avec les autres, participer aux activités collectives, etc.), qu'il s'agisse des autres patients de l'unité, des professionnels ou de son entourage ; et, surtout, il est capable d'agir de façon responsable, au sens où il peut adopter une attitude morale et réflexive quant à ses actions et, notamment, quant aux faits infractionnels commis qui ont mené à l'internement (reconnaître les faits commis, ne pas blâmer la victime, etc.). Autrement dit, lorsque les professionnels des UPML discutent entre eux de ce qu'il reste à faire pour « travailler l'autonomie » d'un patient ou quand ils s'inquiètent d'un autre patient qui n'aurait « pas un degré d'autonomie suffisant », c'est à la combinaison de ces trois critères qu'ils font référence. Le patient interné « idéal », c'est-à-dire celui qui, selon le jugement des professionnels, a le plus de chance de réintégrer la société, répond à ces attentes en termes d'autonomie. Indice d'une réinsertion réussie, l'autonomie est, dès lors, ce sur quoi les professionnels vont tenter d'intervenir afin de préparer le patient à une vie extra-muros. Pour cela, ils ont recours à différents modes d'action. Le choix d'un mode plutôt qu'un autre va dépendre de la volonté et des capacités du patient : en fonction de ce que ce dernier *veut* et *peut* faire, les professionnels utilisent des formes de contrainte plus ou moins élevées. L'objectif final est que l'autonomie du patient soit suffisamment ajustée au cadre « normatif » de l'intervention^[9].

Traduit en des termes pragmatiques, contraindre revient à tenter de faire en sorte qu'une personne fasse ce qu'on voudrait qu'elle fasse, sachant qu'elle n'en a pas vraiment envie. L'enquête ethnographique pousse à dépasser l'opposition présence *versus* absence de contrainte et encourage plutôt une analyse par degrés. Nous allons voir que la contrainte peut recouvrir différentes formes dont certaines sont plus explicites (par

9 Normatif renvoie ici aux règles et aux principes élaborés par les professionnels, qui fondent, selon eux, ce qui « constitue une façon normale, ou acceptable, de vivre » (Velprey, 2008, 197).

exemple, des règles et des horaires stricts à respecter ou une restriction physique de liberté) que d'autres, qui sont plus discrètes et qui s'insèrent dans les interactions quotidiennes entre soignants et patients (par exemple, l'expression de la menace du retrait d'un avantage ou, au contraire, la promesse d'une ressource désirée). Pour rendre compte de cette gamme de contraintes, je prends appui sur le continuum élaboré par Lovell (1996).

Un quotidien sous contrôle :
le rappel continu des règles

La vie à l'intérieur des murs des unités médico-légales est très régulée. Une fois admis à l'unité, les patients pénètrent dans un système institutionnel, fait de règles et d'horaires stricts, qui forment « le cadre ». Ils doivent impérativement s'y soumettre, ainsi qu'à l'autorité des professionnels et, en particulier, à celle des soignants qui, par un travail de première ligne, sont en contact direct et journalier avec les patients. Sont concernés ici, l'équipe infirmière, les aides-soignants et les éducateurs.

La plupart des règles qui régissent la vie intra-muros sont énoncées dans le règlement d'ordre intérieur, distribué à chaque patient dès son admission à l'unité. Celles-ci concernent, par exemple, l'obligation de se lever et de manger aux horaires prévus et l'interdiction de consommer de l'alcool et de la drogue. Cependant, d'autres règles non écrites émergent en fonction des situations que rencontrent les professionnels. Un exemple parmi d'autres est la règle orale qui entoure la régulation de la consommation de tabac dans l'unité : si l'activité est autorisée, au fumoir ou dans le jardin de l'hôpital, les patients ne peuvent fumer qu'« une cigarette par heure ». Ce principe a été mis en place, m'explique une infirmière, suite au constat que certains patients ne pouvaient « pas gérer » ; c'est le cas de monsieur N. qui, sans ce type de limite, « fumerait plusieurs paquets par jour ». La création d'une règle est souvent le résultat d'un « dysfonctionnement » qu'il faut pallier (Champy, 2020, 22). Si la plupart des règles en vigueur au sein des UPML sont universelles, en ceci qu'elles valent pour tous les patients, dans l'exemple donné ici, la règle vise des cas particuliers, bien que le type de « cas » dont il est question ne soit pas clairement défini : sur la base de quels critères un patient est-il considéré comme ne pouvant « pas gérer » ? Et combien de cigarettes par jour sont-elles tolérées ? La pertinence d'une règle est évaluée par les professionnels au fur et à mesure des situations à traiter et est, en réalité, un processus qui se renouvelle continuellement : de nouvelles règles engendrent de nouveaux problèmes à résoudre, et ainsi de suite (Champy, 2020).

L'adhésion au cadre nécessite pour les soignants d'opérer un travail d'appréciation de la situation qui se joue devant eux, oscillant entre une application formelle du règlement et une adaptation de celui-ci, tentant de s'accommoder aux volontés et aux capacités du patient. Et, face à une demande qui contournerait la règle, le soignant peut se saisir du moment pour rappeler les principes fondateurs, avant de décider de s'y tenir ou d'y céder, comme l'illustre l'exemple ci-dessous :

Il est 17h50. Aslan, un patient de l'unité, arrive au bureau des soignants, il respire lourdement. Articulant tant bien que mal, il demande une cigarette. Madeleine, aide-soignante, ouvre le « tiroir réservé aux affaires personnelles des patients », prend une cigarette dans un paquet déjà ouvert et la lui tend. [...] Une demi-heure plus tard, Aslan réapparaît dans l'embrasement de la porte du bureau, il demande à nouveau une cigarette. Madeleine lui rétorque que « normalement, c'est une par heure et là, ça ne fait qu'une demi-heure ». Elle hésite, mais finit par lui donner une deuxième cigarette, « la prochaine, ce sera à 20 heures ! » (Journal de terrain, 19 avril 2021)

À la suite de la requête d'Aslan pour obtenir une énième cigarette, Madeleine en profite pour rappeler la règle en la matière et la raison pour laquelle il est en train d'enfreindre cette règle (« normalement, c'est une par heure et là, ça ne fait qu'une demi-heure »). Elle finit par accepter, avertissant tout de même le patient qu'il n'y aura plus d'exception (« la prochaine, ce sera à 20 heures ! »). Le bref extrait met aussi en exergue que la répétition continue des règles est une manière, pour les professionnels, de légitimer leur intervention. Lorsque l'infirmière hésite à donner une cigarette à Aslan, lui rappelant la règle de base, elle tente par là de justifier son hésitation et de faire comprendre au patient que cette entrave temporaire à sa volonté n'est pas due à une décision personnelle ou purement arbitraire – dans le cas où elle n'apprécierait pas le patient et le traiterait de façon injuste – mais est encadrée par une procédure établie au préalable et à laquelle il est censé adhérer. En tant que garants et premiers opérateurs du cadre, les soignants doivent continuellement rappeler ce dernier aux patients. Et ce cadre, contraint, est une première étape pour intervenir sur le comportement du patient et façonner son autonomie. De fait, à force d'énonciations et de répétitions, les professionnels espèrent que les patients intérioriseront ce cadre normatif. L'idéal d'autonomie prévoit qu'il n'y a plus à inculquer les principes et les règles de base aux patients car ceux-ci les ont intégrés. Dans le bref extrait ci-dessous, Anaïs, patiente à l'unité, est

arrivée « en retard » à la distribution quotidienne des médicaments et s'étonne que personne ne la lui ait rappelé :

– Anaïs, patiente internée : *Vous ne m'avez pas rappelé de prendre les médicaments.*

– Camille, infirmière : *Ce n'est pas à nous de te le rappeler.*

(Journal de terrain, 15 octobre 2021)

L'intervention des professionnels est ponctuée de situations comme celles-ci, où il s'agit de trouver un équilibre entre le travail qu'on est censé faire et celui qu'on est amené à faire, compte-tenu des singularités de chaque patient. Ceci fait écho à ce que les sociologues Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet, dans leur enquête sur le travail social en France, ont appelé l'« auto-mandat » des professionnels, qui consiste à « s'écarter du mandat prescrit pour s'attribuer un mandat adapté aux circonstances » (2018, 75). Cet auto-mandat est toutefois limité, les soignants ne disposent pas d'une marge de manœuvre suffisante pour pouvoir réellement changer le fonctionnement des choses, ce qui ne les empêche pas de remettre parfois en question la pertinence du cadre.

Au sein des UPML, l'intervention est incertaine car il est impossible de savoir à l'avance si elle va fonctionner, c'est-à-dire si le patient va adhérer au cadre et devenir suffisamment autonome dans le temps imparti, les séjours à l'UPML n'ayant pas vocation à s'éterniser. En rappelant continûment et à voix haute les règles, les professionnels tentent à la fois de justifier une ligne de travail cohérente et aussi de diminuer la part d'incertitude liée à l'application des règles, sans jamais la faire disparaître pour autant. On l'a vu, la singularité et la complexité des situations personnelles des patients poussent les professionnels à adapter leur façon d'intervenir en fonction des cas qui se présentent à eux et à agir de façon pragmatique au moyen d'une palette de contraintes.

Les pratiques de contrainte à l'œuvre au sein des UPML peuvent être replacées dans le continuum de la contrainte de Lovell, abordé précédemment. Les formes de contrainte observées dans les UPML correspondent aux trois premiers types cités : le recours à la force, le « volontarisme contraint » et « l'adhésion utilitaire ». La persuasion comme mode d'intervention n'est pas envisageable en raison du régime d'intervention des unités décrit plus haut (semi-contrainte). En effet, les deux groupes concernés, les patients et les professionnels, ne peuvent pas être de véritables partenaires de l'intervention, puisque les premiers ne sont probablement pas tout à fait arrivés à l'UPML de leur plein gré et ne peuvent certainement pas décider de mettre fin au séjour comme bon leur semble.

Les mises à l'écart temporaires : la contrainte pure

Les représentations de la contrainte en psychiatrie couvrent généralement au moins trois mesures spécifiques : l'admission forcée, la mise à l'isolement et le recours à la contention chimique ou physique. Ces mesures ont en commun de mobiliser un degré élevé de pression sur les actions des patients et parfois même sur leur corps. À ce jour, il n'existe pas, en Belgique, de base légale claire et précise en matière d'isolement et de contention en psychiatrie légale. Ni la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, ni celle du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, – et ce, malgré ses dernières modifications en mai 2024 –, ni celle du 22 août 2002 relative aux droits du patient ne réglementent ces pratiques^[10]. Seul un avis rendu par le Conseil supérieur de la santé en 2016 détaille les différents types d'intervention sous contrainte dans les soins de santé mentale et formule des recommandations en la matière^[11].

Ces mesures, qui se rapportent à des pratiques d'empêchement, entrent dans la première catégorie que Lovell (1996) nomme « la contrainte pure » et qui peut impliquer un recours à la force. La contention consiste à entraver les mouvements de la personne au moyen de sangles ou d'une médication, tandis que la mise à l'isolement vise à restreindre la liberté du patient, en le plaçant temporairement dans un espace délimité^[12]. Contrairement à ce qu'on pourrait imaginer en raison du profil des patients des UPML qui sont passés à l'acte et qui présentent un certain potentiel de dangerosité, celles-ci sont relativement absentes dans les pratiques professionnelles sur ce terrain.

À de rares occasions, motivé par le comportement « transgressif » du patient, par exemple, à la suite de la consommation répétée de substances actives et interdites dans l'unité, le psychiatre peut demander la mise à l'isolement de ce dernier, et dans des cas encore plus rares, imposer qu'il soit attaché au lit. Le patient est alors placé à l'écart des autres patients et des professionnels de l'unité pour une durée de 24 heures, qui peut être prolongée. Les professionnels justifient cette mesure en invoquant un acte « médical » plutôt que punitif et qui requiert une « décision

10 Pour plus d'informations sur la pratique de l'isolement et de la contention en psychiatrie légale, voir Muylaert, 2013.

11 Voir l'avis rendu par le Conseil supérieur de la santé en juin, 2016, CSS n° 9193 : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_intervention_souscontrainte.pdf

12 Je ne reviens pas ici sur la question de l'admission forcée, ni sur les enjeux entourant la part volontaire des « candidatures » des patients pour un séjour UPML, car l'enquête empirique ne permet pas de développer ce point.

médicale » et non pénale, transférant ainsi le poids de la responsabilité de la contrainte vers le psychiatre, seul mandaté à prendre ce type de décision. Ce dernier ne doit d'ailleurs pas rendre de compte à une instance externe avant d'imposer une mise à l'isolement. Pendant l'enquête, je n'ai pas pu me procurer les documents écrits qui réglementent, en interne, ces pratiques. La chambre « d'iso » de l'UPML est d'ailleurs parfois réquisitionnée par d'autres unités qui ont la réputation d'accueillir une patientèle plus « agressive » : « dans ce genre de service [une autre unité], il y a une chaise qui vole par semaine ; ici, c'est tout calme, à côté », précise une infirmière. La mise à l'isolement ne semble donc pas être uniquement réservée aux patients directement issus du champ pénal. Elle semble être une mesure de dernier recours, qui ne s'applique pas sur la simple demande d'un soignant, ni même d'un patient :

Les infirmiers rapportent un épisode de la semaine passée : monsieur R., patient, ne se sentait pas bien, il aurait demandé qu'on l'attache au lit. Samy, infirmier, explique à ses collègues qu'ils ont refusé de le faire : « on lui a dit non, qu'on ne peut pas l'attacher comme ça, qu'on peut le mettre en chambre d'apaisement et donner un ©Risperdal [un antipsychotique]. » (Journal de terrain, 8 septembre 2021)

La régulation des sorties des patients peut, elle aussi, entrer dans cette catégorie. À la suite d'une enfreinte au règlement qui, selon l'évaluation des professionnels, met à mal la sécurité du patient et celle des autres, celui-ci peut être « privé de sortie ». La pratique est d'ailleurs très fréquemment utilisée au sein des unités. Le patient est alors temporairement mis à l'écart de la vie sociale extra-muros, mais aussi de la vie de l'hôpital s'il est « privé de jardin » ou « mis en service fermé ». Sa liberté d'action et, jusqu'à un certain point, sa liberté de mouvement, sont donc fortement contraintes. Imposée sous la forme d'une « sanction » justifiée en des termes sécuritaires, la suppression des sorties est précédée d'une enquête menée par les soignants qui vise tantôt à objectiver la transgression, tantôt à mettre le patient face à ses actions, dans un souci de responsabilisation^[13].

La contrainte pure à l'hôpital médico-légal reste une pratique de l'entre-soi : la régulation des transgressions et les sanctions sont gérées en interne, ce qui permet à la fois aux professionnels de conserver une certaine autonomie professionnelle et aussi d'échapper à des formes de contrôle par des tiers extérieurs. En outre, l'ethnographie a mis au

13 J'ai précédemment approfondi ce point, ainsi que les enjeux liés à l'imposition d'une sanction dans un contexte de soins (De Spiegeleir, 2025b) et ne le développerai donc pas ici.

jour des formes moins « traditionnelles » et évidentes de contrainte, qui correspondent aux autres éléments du continuum mentionné plus haut (« le volontarisme contraint » et « l'adhésion utilitaire »), et qui visent à amener le patient vers un comportement souhaité, sans pour autant faire intervenir des formes directes d'empêchement (Vidal-Naquet, 2019).

La menace d'une sanction
ou la promesse d'une ressource
désirée : manifester la contrainte

Le « volontarisme contraint », que Lovell appelle également le « contrôle bilatéral » (1996, 151), consiste à tenter de forcer la personne, ici le patient, à se porter volontaire pour quelque chose. Pour ce faire, la menace d'une sanction est utilisée. Un exemple classique concerne l'observance du traitement des patients : si le patient ne prend pas son traitement (*per os* ou par injection), il n'est pas rare que les professionnels utilisent la menace de la levée des permissions de sortie comme levier. Concrètement, face au refus d'obtempérer d'un patient, deux options lui sont proposées, chacune assurant aux professionnels un certain contrôle de la situation : soit le patient reste à l'unité sans prise de traitement, soit il sort, mais médicamenteusement. Très souvent, la simple manifestation de l'intention d'imposer une sanction suffit à orienter le sens de la conduite du patient, mais il arrive que, malgré la menace répétée, le patient continue à agir d'une façon qui ne correspond pas aux attentes des professionnels qui, dès lors, mettent la menace à exécution. Tout le séjour au sein de l'unité peut aussi faire l'objet d'une menace. En effet, la métaphore carcérale est fréquemment utilisée par les professionnels : « si vous ne respectez pas certaines règles, vous risquez un retour à la case prison », ce qui se traduit en pratique par une lettre envoyée au parquet, qui peut saisir la chambre de protection sociale, qui décidera à son tour de suspendre la libération à l'essai du patient et de la révoquer si nécessaire (art. 59 et 61 de la loi du 5 mai 2014). La question du retour en prison pèse continuellement, telle une épée de Damoclès, au-dessus de la tête des patients. La menace est d'ailleurs bien réelle. S'il est difficile aujourd'hui d'évaluer l'occurrence des retours en prison à partir des UPML, il arrive que des personnes internées à la suite de comportements transgressifs pendant leur séjour retournent en prison, ce qui se traduit souvent, en pratique, par un retour au sein d'une annexe psychiatrique.

Une autre forme moins directe de contrainte, également observée sur le terrain, est « l'adhésion utilitaire », qui implique que « le patient se plie à quelque chose en quoi il ne croit pas complètement mais qu'il acceptera comme moyen d'atteindre un but désiré » (Godin, 2000, 1401). Pour le

dire autrement, les professionnels tendent à faire en sorte que le patient perçoive le projet thérapeutique comme étant suffisamment utile pour s'y engager pleinement. C'est au moyen de la promesse d'une « ressource rare et désirée » par le patient (Lovell, 1996, 153) que l'équipe va tenter de chercher l'adhésion volontaire et, ainsi, ajuster l'autonomie de ce dernier. Une ressource désirée dans les UPML peut prendre plusieurs formes : de la nourriture (et en particulier, le sucre), la consommation libre du tabac, des sorties... Ceci s'apparente à une forme d'éducation « positive », dont le principe sous-jacent n'est plus la privation mais le gain. À l'inverse de la menace, selon ce mode d'action, le patient n'est plus *privé* de quelque chose, mais sa participation dans l'intervention lui permettra d'en *retirer* autre chose :

Un patient, débraillé et qui n'articule pas très bien, arrive dans le bureau et tend la main vers un des petits jus lait-fraises qui sont disposés pour le goûter. Samy, infirmier, lui dit : « Tu dois mettre un masque (Covid-19 oblige), tu dois toujours en mettre un. Tu vas le chercher et alors on te donnera un petit jus. » Le patient repart bredouille. (Journal de terrain, 09 mars 2021)

Les habiletés : des formes de contrainte plus discrètes

Se basant sur les pratiques observées et à partir de ce que la littérature dans le domaine offre comme pistes d'analyse (Vidal-Naquet, 2019), on peut introduire une cinquième catégorie au continuum de Lovell, qui se rapporte au registre de la ruse (Certeau de, 1980 ; Vidal-Naquet, 2013) et que l'on peut qualifier d'habileté. Ce mode d'action vise les pratiques qui ne font ni appel à la menace ni au chantage, mais qui renvoient à une certaine finesse d'esprit chez les professionnels afin d'agir sur la volonté du patient. Cet ajout permet de couvrir une plus grande variété de pratiques. Par exemple, les patients ont droit à un certain nombre d'heures de sortie par semaine. Lorsque que monsieur B., récemment arrivé à l'unité, exprime le souhait de sortir deux heures, les professionnels qui en discutent en réunion d'équipe sont perplexes car ils craignent que le patient, très endetté, n'en profite pour aller jouer au casino. Le patient ne sachant pas véritablement à combien d'heures il a droit, les professionnels décident de ne rien lui dire et de lui accorder seulement trente minutes : « j'ai peur qu'il aille s'endetter, mais il y a aussi le risque qu'il mendie », dit le psychologue. Apparaît ici l'oscillation constante entre une posture professionnelle qui se place au-dessus du patient, décidant à sa place de « ce qui est bien pour lui » et un désir de le protéger de lui-même.

Cela fait écho à ce que Pierre Vidal-Naquet nomme « la contrainte à bas bruit », qui est plus invisible et « peut se glisser dans les gestes du quotidien ou dans l'aménagement de l'environnement » (2019, 51). Bien que cela puisse varier d'une unité à l'autre, la vie hospitalière, dans un cadre de *medium security*, répond à des standards communs. La façon dont est agencé l'environnement des unités permet avant tout de gérer les allées et venues des patients mais aussi leurs actions et participe à un processus de « sécurisation » (Lechevalier Hurard, 2018, 71). L'exemple le plus évident est sans doute la vitre qui sépare le bureau des soignants des couloirs de l'unité, ce qui donne aux professionnels la possibilité de surveiller le patient en continu depuis un poste fixe et d'intervenir rapidement en conséquence.

Ce continuum de la contrainte, adapté au terrain des UPML, s'interprète de façon dynamique et flexible à la lumière des situations concrètes qu'il tente d'éclairer. Il peut arriver que les professionnels usent de plusieurs modes d'action pour un même patient dans une temporalité limitée. Toutefois, plus un patient progresse dans le séjour et se rapproche d'une sortie définitive de l'unité, plus le recours à des mesures de contrainte fortes est censé se raréfier. Un patient considéré « réinsérable » aura comblé les attentes des professionnels à son égard. L'analyse des pratiques à un niveau microsociologique pourrait suffire car elle donne à voir ce qui se passe concrètement derrière les murs des UPML, mais une prise de recul est nécessaire si l'on veut mieux saisir pourquoi elles sont à l'œuvre.

« On n'a pas le choix » :
des contraintes professionnelles ?

La démonstration proposée jusqu'ici pourrait inciter à réduire le travail des professionnels au simple exercice de la contrainte et à la relation qui les unit aux patients. Or, si l'on fait l'effort de replacer l'intervention dans le contexte social au sein duquel elle s'accomplit, prenant en compte les enjeux institutionnels et organisationnels – dont certains agissent comme des « déterminants de la contrainte » (Lovell, 1996, 155) – on peut contourner ce biais réductionniste (Lemieux, 2018) et tenter par là d'expliquer l'occurrence de ces pratiques. Naturellement, l'entreprise ne vise pas ici à célébrer ou à discréditer le travail des uns et des autres, mais à le contextualiser. Il convient à présent d'interroger le contexte des pratiques et de voir jusqu'où ce dernier influence la façon dont les professionnels mènent leur travail.

Pendant toute la durée du terrain, des événements ponctuels ou structurels ont entravé le bon déroulement de celui-ci et ont forcé les

professionnels à modifier quelque peu leurs façons de procéder. Si ces circonstances ont parfois pu contrecarrer outre mesure les droits et les volontés des patients, elles ont également pu générer une certaine souplesse dans les pratiques de contrainte. Ainsi, la pandémie liée au Covid-19 a engendré une reconfiguration de l'espace des unités, où la salle d'isolement est temporairement devenue une salle de confinement pour les patients qui, au retour d'une sortie, avaient contracté le virus. Il est arrivé que les professionnels autorisent la sortie non accompagnée d'un patient en raison, ce jour-là, d'une équipe « en sous-effectif » et « submergée », et ce, même si certains professionnels avaient émis un doute concernant les capacités du patient à pouvoir vaquer à ses occupations en dehors des murs. À l'inverse, un nombre insuffisant de professionnels dans l'unité, en raison d'une période de vacances ou de congés maladie, a parfois contraint l'équipe à prendre des mesures plus drastiques afin d'ajuster et de gérer les comportements des patients, ce qui a pu générer des tensions chez ces derniers. Un matin, après être passé une première fois au bureau des soignants pour se plaindre d'un mal de dent, monsieur L., un patient interné, est revenu une seconde fois :

– Monsieur L., patient interné : *Je peux avoir un bon d'argent ?*

– Samy, infirmier : *On ne pourra pas t'accompagner aujourd'hui [à l'extérieur de l'unité], ni ce week-end, on n'est pas assez nombreux. Si on pouvait, on le ferait.*

– Monsieur L., patient interné : *Oui, mais tout ça, ça s'accumule !*

(Journal de terrain, 19 mars 2021)

La façon dont est construit le trajet de soins et l'impératif de progression qu'il convoque influencent également les pratiques intrahospitalières. Les professionnels des UPML ne sont pas en mesure de libérer les patients à leur guise – la décision étant aux mains de la justice pénale – ni d'être trop sévères quant à l'évaluation des nouvelles admissions, bien qu'ils puissent choisir eux-mêmes leur patientèle. Autrement dit, les unités ne fonctionnent pas selon la logique du *take it or leave it* (« à prendre ou à laisser », Peyrot, 1985, 348), qui consisterait à ne pas admettre ou à faire sortir un patient dès que son comportement est jugé problématique ou trop peu conforme au cadre. Les UPML font partie d'un système institutionnel complexe dans lequel il faut éviter que les personnes internées ne restent trop longtemps enfermées en prison ou au sein de structures hautement sécurisées, ce qui ralentirait considérablement leur avancée dans le TSI et empêcherait aussi que des lits hospitaliers ne restent inoccupés. La subvention de ces lits dépend en effet de l'usage effectif qui en est fait.

Il faut également tenir compte des longues listes d'attente des lieux d'internement qui suivent un passage par une UPML, c'est-à-dire les structures de *low security*, telles que les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitation protégée (IHP). La question des places extérieures disponibles va en effet influencer le travail d'autonomie et la façon dont celui-ci est mené en UPML, y compris le rythme et l'intensité de ce travail. Les professionnels sont très au fait des attentes des autres structures à même d'accueillir leurs patients, une fois le séjour terminé. Lors d'une réunion clinique, l'équipe discute de la situation de monsieur D., un patient qui, d'après leur évaluation, va bientôt pouvoir entamer un projet de sortie dans une habitation protégée. Ce type de structure attend des résidents qu'ils puissent « disposer d'un minimum d'autonomie, c'est-à-dire d'avoir la capacité de vivre sans une surveillance constante » et, aussi, qu'ils disposent « des ressources financières suffisantes pour assumer les frais de séjour, du quotidien (alimentation, hygiène, transport, ...) »^[14]. Ces éléments sont pris en compte dans l'intervention de l'UPML qui vise à faire du patient un « candidat sexy » pour lui assurer une prise en charge dans la suite de sa libération à l'essai. Le psychiatre poursuit et cite quelques exemples comme la « capacité à se faire à manger, à faire son linge » et la capacité à faire preuve d'une « communication adéquate avec les autres résidents [...] ». Il interroge l'équipe : « On en est où par rapport à ça ? [...] Il faut trouver l'équilibre entre répondre à sa demande et proposer un projet et voir à quoi il doit être attentif, et aux attentes de l'IHP ».

Conclusion

L'introduction avait mis en avant les propos d'un psychiatre qui rappelait à son équipe que la condition d'internement d'un patient n'impliquait pas nécessairement un usage systématique de la contrainte (« ce n'est pas parce que le patient est interné qu'on peut le contraindre à tout ») et que ce que la société attend des unités psychiatriques médico-légales n'est pas forcément ce que celles-ci sont en mesure de faire. De fait, les développements de l'article tendent à montrer que la pratique de la contrainte en UPML couvre, non seulement une intervention plurielle, mais est aussi tributaire du contexte dans lequel elle prend place.

14 La citation est issue d'un exemple de critères d'inclusion énumérés par une IHP, choisie au hasard et disponible ici : <https://www.internement.be/ihp-le-regain/>. Le site donne un aperçu général des critères formels d'admission des différentes structures de soins qui peuvent héberger des personnes internées en Belgique francophone.

L'enquête a montré que, pour rendre les patients internés autonomes – ce qui revient à les rendre réinsérables – les équipes professionnelles qui les prennent en charge au moment crucial de la libération à l'essai s'emploient à différents modes d'intervention, faisant appel à des degrés de contrainte variés. Dès son arrivée à l'unité, le patient est soumis à toute une série de règles, écrites ou non écrites, qui régissent tous les aspects de sa vie quotidienne et qu'il devra rapidement intérioriser et respecter. S'il échoue ou s'y oppose, les professionnels auront recours à d'autres techniques. De l'usage de la force, utilisé en dernière instance, aux méthodes « douces » que sont le chantage et l'habileté, en passant par des restrictions temporaires de liberté, les pratiques professionnelles des UPML donnent à voir de nombreuses nuances de contrainte. À un autre niveau, plus macrosociologique cette fois, cette pratique est elle-même soumise à des formes de contrainte d'ordre organisationnel ou institutionnel, qui pèsent parfois lourdement sur le champ d'action des professionnels.

Un des défis posés par l'enquête a été de rendre compte des pratiques à l'œuvre sans porter de jugement, ou le moins possible, laissant cette compétence aux acteurs de terrain. En tentant de montrer que la contrainte est une pratique très complexe et qui ne dépend pas toujours de la volonté de ceux qui la mobilisent, et même si le risque d'arbitraire reste présent, l'étude invite à dépasser une vision manichéenne de la prise en charge dans le domaine de la psychiatrie légale, qui défendrait l'idée selon laquelle un régime de semi-contrainte, comme celui des UPML, n'engendre que de la contrainte et, qui plus est, sous ces formes les plus dures. *A contrario*, l'exercice proposé ici, qui consistait à replacer les pratiques dans un continuum tout en prenant en compte le tissu social qui les porte, s'est révélé pertinent afin de saisir en nuance le quotidien de l'internement. Il serait judicieux de confronter les professionnels des UPML à cette lecture sociologique de leurs pratiques et des usages gradués de la contrainte. Il reste également à s'intéresser à l'expérience vécue de ces formes de contrainte par ceux et celles qui les vivent et les subissent à la première personne : les patients internés. ■

Bibliographie

AGA N., AUDENAERT K., NOLLET L., ROWAERT S., SCHIPAANBOORD E., VANDER BEKEN T., VANDER LAENEN F., VANDERPLASSCHEN W., VANDEVELDE S., VAN ROEYEN S., WITTOUCK C., 2019, *Sterke verhalen: Interneren anders belicht*, Gand, Gompel & Svacina.

BARTHE Y., DE BLIC D., HEURTIN J., LAGNEAU É., LEMIEUX C., LINHARDT D., MOREAU DE BELLAING C., RÉMY C., TROM D., 2013, Sociologie pragmatique : mode d'emploi, *Politix*, 103, 3, 175-204, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/pox.103.0173>

BERNHEIM E., 2022, L'internement psychiatrique au Québec. Du Grand Renfermement à la gestion des risques, l'histoire d'une sur-judiciarisation, *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 88, 1, 135-160, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/riej.088.0135>

BOLTANSKI L., 1990, Sociologie critique et sociologie de la critique, *Politix*, 3, 10, 124-134, [en ligne] <https://doi.org/10.3406/polix.1990.2129>

CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., 2010, La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité, *Déviance et Société*, 34, 4, 615-645, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/ds.344.0615>

CARTUYVELS Y., 2017, L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité, *L'information psychiatrique*, 93, 2, 93-101, [en ligne] <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1592>

CARTUYVELS Y., 2018, L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre..., *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176, 4, 395-403, [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.011>

CARTUYVELS Y., DE SPIEGELEIR S., 2022, La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime, *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 88, 75-102, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/riej.088.0075>

CEFAÏ D., 2013, ¿Qué es la etnografía? Debates contemporáneos Primera parte. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo, *Persona Y Sociedad*, 27 1, 101-120, [en ligne] <https://doi.org/10.53689/pys.v27i1.34>

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

CHAMPY F., 2020, Les collectifs de travail et les règles au prisme de la prudence, *Revue de la petite enfance*, 131, 17-26.

CERTEAU M. (de), 1980, *L'invention du quotidien. L'art de faire*, Paris, Gallimard.

COULMONT B., 2017, Le petit peuple des sociologues. Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française, *Genèses*, 107, 2, 153-175, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/gen.107.0153>

DARCIS C., THUNUS S., 2020, What do coordinators do? Mental health policy implementation as translation, *Administrative Sciences*, 10, 1, 9, [en ligne] <https://doi.org/10.3390/admsci10010009>

DE PAGE L., TITECA P., 2021, Ten years of operation of a small Belgian medium-security unit—How are we doing?, *International Journal of Forensic Mental Health*, 20, 4, 364-373, [en ligne] <https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1887409>

DE SPIEGELEIR S., 2022, L'internement à l'épreuve de l'ambulatorio en Belgique : le cas des équipes mobiles Trajet de Soin Internés (TSI), *Archives de politique criminelle*, 44, 199-213, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/apc.044.0199>

DE SPIEGELEIR S., 2025a, *Sortir de l'internement. Une sociologie des pratiques professionnelles en psychiatrie légale : entre autonomie et dangerosité*, thèse de doctorat en sociologie, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

DE SPIEGELEIR S., 2025b, L'internement entre autonomie et dangerosité : le cas des unités psychiatriques médico-légales, in CARTUYVELS Y., AUCOUTURIER V., BERTRAND L., BOLDRINI M., DE SPIEGELEIR S., FRANSSEN A., GOMES B., HANQUET N., RIMBOURG N., TRIAILLE L., VANDEBORGH T. Y. (dir.), *L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie*, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, Bruxelles, 389-404, [en ligne] <https://doi.org/10.4000/14tpi>

DOURNEAU-JOSETTE P., TULKENS F., 2010, La défense sociale au regard de la Convention européenne des droits de l'Homme, *Déviante et Société*, 34, 4, 691-706, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/ds.344.0691>

FERREIRA C., HATAM S., 2022, Placements psychiatriques forcés en Suisse : éclairages socio-historiques et jurisprudence, *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 88, 1, 161-183, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/riej.088.0161>

GAUTRON V., 2023, *Réprimer et soigner. Pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

GODIN P., 2000, A dirty business: caring for people who are a nuisance or a danger, *Journal of advanced Nursing*, 32, 6, 1396-1402, [en ligne] <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01623.x>

HANOULLE K., VERBRUGGEN F., 2016, 'Neuroscientism' in the courtroom: the limited role of neuroscientific evidence in Belgian criminal proceedings, in MORATTI S., PATTERSON D. (Eds.), *Belgian Criminal Proceedings. Legal Insanity and the Brain: Science, Law and European Courts.*, Oxford: Hart Publishing, 41-76, [en ligne] <https://doi.org/10.1093/jlb/lsv025>

JEANDARME I., HABETS P., KENNEDY H., 2019, Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions, *International journal of law and psychiatry*, 64, 205-210, [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006>

LAREAU A., 2021, *Listening to people: A practical guide to interviewing, participant observation, data analysis, and writing it all up*, Chicago, University of Chicago Press.

LECHEVALIER HURARD L., 2018, Des libertés au prix de l'enfermement : le cas d'une unité Alzheimer, in VELPRY L., VIDAL-NAQUET P., EYRAUD B. (dir.), *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 71-86, [en ligne] <https://doi.org/10.4000/books.pur.149597>

LEMIEUX C., 2018, *La sociologie pragmatique*, Paris, La Découverte.

LOVELL A.M., 1996, Coercion and social control: a framework for research on aggressive strategies in community mental health, in DENNIS D.L., MOHANAN J. (Eds.), *Coercion and aggressive community treatment: A new frontier in mental health law*, Boston, MA, Springer US, 147-166, [en ligne] http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-9727-5_10

MARQUES, A., 2010, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Équipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

MARQUIS N., 2019, Making people autonomous: a sociological analysis of the uses of contracts and projects in the psychiatric care institutions, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46, 2, 248-276, [en ligne] <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09624-x>

MESSAOUDI F., 2021, Aider ceux qui ne l'ont pas (vraiment) demandé : le travail d'un SASE, *Les Politiques Sociales*, 3-4, 47-57, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/lps.213.0047>

MOREAU, D., 2015, *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

MUYLAERT P., 2013, La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention, *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2, 76-84.

NEDERLANDT O., COLETTE-BASECQZ N., VANSILLETTE F., CARTUYVELS Y., 2018, *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis: vers une véritable politique de soins pour les internés*, Bruges, La Charte.

NEDERLANDT O., COLETTE-BASECQZ N., 2018, L'arrêt pilote WD c. Belgique sonnet-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons ?, *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 2018, 113, 213-239.

NICOLAS-GRÉCIANO M., 2022, Enfermer à jamais : que reste-t-il de l'internement de sûreté en droit allemand ?, *Archives de politique criminelle*, 44, 1, 187-197, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/apc.044.0187>

OSWALD P., SALOPPÉ X., DUCRO C., MACQUET D., CORNU P.-J., PHAM T., DELAUNOIT B., 2016, Caractéristiques cliniques d'une population internée : un cas particulier, l'établissement de défense sociale « Les Marronniers » à Tournai (Belgique), *L'Encéphale*, 43, 229-234, [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.10.002>

PEYROT M., 1985, Coerced voluntarism: The micropolitics of drug treatment, *Urban Life*, 13, 4, 343-365, [en ligne] <https://doi.org/10.1177/0098303985013004002>

RAVON B., NEUILLY M.T., 2017, Épreuves 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 : comment trouver le point d'équilibre ?*, Nîmes, Champ social, 39-53, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/chaso.aire.2017.01.0039>

RAVON B., VIDAL-NAQUET P., 2018, Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social, *Rhizome*, 67, 74-81, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0074>

THÉRY I., 2017, Hiérarchie/inégalité, autorité/pouvoir, domination, *Annuel de l'APF*, 1, 111-130, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/apf.171.0111>

VAN DE KERCHOVE M., 2010, Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité, *Déviance et Société*, 34, 485-502, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/ds.344.0485>

VANDER BEKEN T., 2017, De nieuwe interneringswetgeving, in TRAEST P., VERHAGE A., VERMEULEN G. (Eds.), *Strafrecht en strafprocesrecht: doel of middel in een veranderende samenleving*, Alphen aan den Rijn, Wolters Kluwer, 341-404.

VIBERT S., 2017, Introduction : sortir de l'anthropologie potestative, in GIBEAULT D., VIBERT S. (dir.), *Autorité et pouvoir en perspective comparative*, Paris, INALCO Presses, [en ligne] <https://doi.org/10.4000/books.pressesinalco.2226>

VELPRY L., 2008, *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin.

VELPRY L., VIDAL-NAQUET P., EYRAUD B. (dir.), 2018, *Contrainte et Consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

VICENZUTTO A., DUCRO C., SALOPPÉ X., PHAM T. H., DELAUNOIT B., 2016, Dual Diagnosis and Risk Assessment in a Forensic Hospital: towards an heterogeneity of psychiatric and criminological profiles, *14th International Association for the Treatment of Sexual Offenders Conference*, Copenhagen.

VIDAL-NAQUET P., 2013, Le care à domicile : tact et tactiques, *Recherches en soins infirmiers*, 3, 7-13, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/rsi.114.0007>

VIDAL-NAQUET P., 2019, Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables, *Raison présente*, 209,1, 43-54, [en ligne] <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0043>

FR – En Belgique, l'internement est une mesure de sûreté qui restreint la liberté des personnes ayant commis une infraction pénale et déclarées irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental. Au cours d'un « trajet de soins », la personne internée doit devenir suffisamment autonome en vue de sa réinsertion sociale. À partir d'une enquête ethnographique menée au sein d'unités psychiatriques médico-légales, l'analyse montre comment les professionnels de ces unités préparent une personne internée à se réinsérer et comment ils mobilisent des formes de contrainte plus ou moins élevées. Cependant, ces pratiques sont elles-mêmes prises dans un contexte social qui s'avère parfois déterminant.

INTERNEMENT – CONTRAINTE – AUTONOMIE – PRATIQUES PROFESSIONNELLES – ETHNOGRAPHIE

EN – *Promoting Autonomy Through Coercion: on forensic psychiatric units in French-speaking Belgium* – In Belgium, internment is a security measure that restricts the freedom of people who have committed a criminal offence and have been held unaccountable for their actions due to a mental disorder. During a "care trajectory", the internee must become autonomous enough with a view to social reintegration. Based on an ethnographic study conducted in forensic psychiatric units, it is shown how the professionals in these units prepare an internee for social reintegration. In doing so, they use varying degrees of coercion. However, these practices are themselves embedded in a social context that is sometimes decisive.

INTERNMENT – COERCION – AUTONOMY – PROFESSIONAL PRACTICES – ETHNOGRAPHY

*DE – Selbstständigkeit durch Zwang fördern:
Über forensisch-psychiatrische Einrichtungen im
französischsprachigen Teil Belgiens* – In Belgien ist die
Unterbringung eine Sicherungsmaßnahme, welche die
Freiheit von Personen einschränkt, die eine Straftat
begangen haben und aufgrund einer psychischen
Störung für ihre Handlungen als nicht verantwortlich
erklärt werden. Im Laufe eines „Behandlungsprozesses“
muss die untergebrachte Person im Hinblick auf ihre
soziale Reintegration ausreichend Selbstständigkeit
erlangen. Ausgehend von einer ethnografischen
Untersuchung, die in forensisch-psychiatrischen
Einrichtungen durchgeführt wurde, zeigt die Analyse, wie
die Fachkräfte dieser Einrichtungen eine untergebrachte
Person auf die Wiedereingliederung vorbereiten und
wie sie mehr oder minder starke Zwangsmaßnahmen
anwenden. Diese Praktiken stehen jedoch selbst in
einem sozialen Kontext, der sich mitunter als maßgebend
erweist.

UNTERBRINGUNG – ZWANG – AUTONOMIE –
PROFESSIONELLE PRAKTIKEN – ETHNOGRAFIE

*ES – Trabajar la autonomía mediante la coerción:
sobre las unidades psiquiátricas médico-legales en la
Bélgica francófona* – En Bélgica, el internamiento es
una medida de seguridad que restringe la libertad de
las personas que han cometido un delito y que han
sido declaradas inimputables debido a un trastorno
mental. Durante un “itinerario de cuidados”, la persona
internada debe adquirir suficiente autonomía con vistas
a su reintegración social. A partir de una investigación
etnográfica realizada en unidades psiquiátricas médico-
legales, el análisis muestra cómo los profesionales de
estas unidades preparan a una persona internada para
su reintegración social y cómo recurren a formas de
coerción de distinta intensidad. Sin embargo, estas
prácticas están inmersas en un contexto social que, en
ocasiones, resulta determinante.

INTERNAMIENTO – COERCIÓN – AUTONOMÍA – PRÁCTICAS
PROFESIONALES – ETNOGRAFÍA