

Les conditions du signalement psychiatrique dans l'espace public

Une analyse à partir de rapports de police à Bruxelles

Antoine Printz



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sas/5032>

ISSN : 2428-2871

Éditeur

Association des chercheurs des organismes de la formation et de l'intervention sociales (ACOFIS)

Référence électronique

Antoine Printz, « Les conditions du signalement psychiatrique dans l'espace public », *Sciences et actions sociales* [En ligne], 23 | 2025, mis en ligne le 08 janvier 2025, consulté le 08 janvier 2025. URL : <http://journals.openedition.org/sas/5032>

Ce document a été généré automatiquement le 8 janvier 2025.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Les conditions du signalement psychiatrique dans l'espace public

Une analyse à partir de rapports de police à Bruxelles

Antoine Printz

L'espace public urbain comme (nouvelle) scène de demande d'hospitalisation psychiatrique en Belgique

- 1 Cet article traite des conditions de la psychopathologisation de certains comportements dans l'espace public bruxellois, par le biais d'une enquête sur des rapports de police classés sous les rubriques de « personne malade » ou « malade sur la voie publique ». Il présente les résultats d'une analyse qualitative de dossiers initiés par la police qui ont conduit à une mesure de « protection de la personne des malades mentaux^{Bessie2024-09-17T16:29:00B1} », permettant de déceler les conditions situationnelles (ou non) de la décision de recourir à cette forme de contrôle social. Les interventions transcrites dans ces documents constituent une intermédiation entre des personnes vulnérables et en détresse psychique, présentes dans des espaces publics urbains, et des agences médicales de prises en charge. Le travail des professionnels du contrôle est appréhendé à partir de l'hypothèse que la police peut être conçue comme l'une des « antichambre[s] de la psychiatrie » (Majerus, 2013), dans la lignée de certains travaux sociologiques sur le travail des policiers considérés en tant que « *street-level psychiatrists* » (Teplin, 2000) ou « *psychiatrists in blue* » (Menzies, 1987). L'analyse des manières qu'ont les agents de police de découvrir, de rapporter et d'enregistrer l'activité déviante, et de l'inscrire sur une voie psychiatrique, est digne d'intérêt en soi, mais aussi au regard de l'enjeu de la prise en charge des personnes porteuses d'un trouble mental, notamment celles parmi les plus désocialisées et désaffiliées. Ce sont ces enjeux que nous explorons dans cette contribution à partir des rapports de police qui enclenchent la mesure de protection de la personne malade, telle que définie par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

- 2 Cette loi constitue une étape législative majeure dans le mouvement de prise en compte des droits subjectifs et de désinstitutionnalisation des prises en charge psychiatriques. Elle définit les critères et les modalités de l'hospitalisation contrainte pour raison psychiatrique, appelée « mise en observation ». Une telle mesure peut être prise à défaut d'alternative, à l'égard d'un « malade mental », dont l'état met « gravement en péril sa santé et sa sécurité » ou constitue « une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui » (art. 2). Lorsque ces trois critères sont réunis, la loi prévoit qu'« une mise en observation dans un service psychiatrique peut être ordonnée par décision judiciaire » (art. 4). La procédure « ordinaire » a été pensée comme une manière d'offrir au malade « les garanties démocratiques » dans la recherche d'une prise en charge « aussi peu contraignante que possible » (Brandon, 1994). On remarque cependant qu'en pratique, la procédure d'urgence, telle que définie à l'article 9 de la loi, représente une écrasante majorité des cas de mises en observation, en particulier à Bruxelles. Le procureur du Roi peut être saisi par « toute personne intéressée » dans le cadre de la procédure urgente, sans que la loi ne précise plus en loin la définition extensive de la « personne intéressée ». Dans les faits, on observe une grande diversité d'origine des demandes au parquet, rompant avec la situation antérieure, définie par la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, dans laquelle « la famille [était], de fait, devenue le principal, voire le seul demandeur » (De Clercq et Hoyois, 1994).
- 3 Dès lors, les espaces depuis lesquels des hospitalisations psychiatriques contraintes sont demandées se multiplient. On peut distinguer, en ce sens, trois scènes sociales d'origine des demandes de mise en observation : les institutions de soin (psychiatriques ou non), les espaces domestiques et les réseaux de sociabilité proches, les espaces publics. Sur les scènes publiques, la demande émane généralement des forces de police, de manière directe ou indirecte, c'est-à-dire au cours d'interventions « d'initiative » ou « requise » selon les catégories policières. L'ampleur statistique de ces demandes qui émanent des scènes publiques est très difficile à quantifier, particulièrement en région bruxelloise².
- 4 Il est néanmoins possible de se faire une idée de la ventilation des demandes selon leurs scènes sociales d'origine sur base de la compilation des données relatives aux mises en observation effectuée par le département régional flamand de la protection sociale, de la santé publique et de la famille³ (Département WVG, 2018). À peu près 57 % des personnes mises en observation en 2017, en Région flamande, l'ont été depuis une institution de soin (psychiatrique ou non). Un peu moins de 21 % des demandes provenaient du domicile familial ou du domicile de remplacement de la personne au centre de la mesure. Les 20 % des cas restants concernaient les mesures initiées par une intervention dans l'espace public. En toute hypothèse, la proportion des demandes émanant de scènes publiques est plus importante à Bruxelles. Quelques données récoltées auprès du parquet de Bruxelles indiquent que, durant l'année 2020, toutefois particulière en raison de la situation sanitaire, 67 % des mesures enclenchées, l'étaient sur initiative de la police, dont une grande proportion devait l'être depuis des scènes publiques.
- 5 Les espaces publics urbains constituent donc le lieu d'une élaboration publique des lignes de classement entre le normal et le pathologique, mais aussi entre l'indésirable et l'invisible. Ce phénomène a été décrit comme une « socialisation du regard clinique » par Isaac Joseph — dont les travaux sur la « folie dans la place », très marqués par la figure d'Erving Goffman, constituent un repère analytique majeur dans le travail ici

présenté. La socialisation du regard clinique résulte du fait que le désenfermement du « fou » l'expose « au regard, au jugement et à la responsabilité non du seul psychiatre ou du personnel hospitalier, mais aussi bien de son entourage familial ou professionnel, de son voisinage, des agents de services publics qui le prennent en charge » (Joseph, 1998, p. 159). Il s'agit de ce fait pour le public des manifestations de la folie de déterminer lesquelles sont tolérables, qui appellent des actions correctives informelles, et celles intolérables qui nécessitent d'initier une séquence institutionnelle « en déléguant l'intervention à quelqu'un de supposément plus compétent parmi les membres du public » (Bidet *et al.*, 2015, p. 8). Dès lors, l'appréhension publique des manifestations des troubles désinstitutionnalisés initie et informe une part importante de l'application de la mesure de la « protection de la personne malade mentale ». En ce sens, commentant la loi du 26 juin 1990, le psychiatre Daniel Desmedt pointait l'importance de la personne requérante dans la médiation entre les individus désocialisés et le système de santé mentale.

En effet, qui est-ce qui amène un malade mental ordinaire — qui ne se considère peut-être pas comme tel et qui n'a peut-être jamais rencontré de médecin — à tomber sous le champ d'application de la « loi de protection de la personne » ? Il faut qu'il y ait un requérant, civil ordinaire ou représentant de l'ordre public. Faute de quoi notre malade mental reste un « marginal » ou un « déprimé », errant sans définition, comme bien d'autres, dans le dédale de nos grandes villes (Desmedt, 1994, p. 155).

- 6 Cette contribution porte sur la charge, souvent impensée dans la littérature francophone⁴, qui incombe au « civil ordinaire » et surtout au « représentant de l'ordre » dans l'organisation communautaire des soins psychiatriques. La prise en charge de certaines personnes malades dépend en effet d'une demande, directe ou indirecte, par les forces de police. Le fameux « filet » de la protection sociale (ou du contrôle social) repose partiellement sur des alignements contingents d'acteurs qui s'organisent autour d'un « impératif d'intervention et de jugement clinique » face à certaines manifestations (Joseph, 1996). Il convient donc d'analyser les interventions des instances de contrôle en cas de trouble dans l'espace public, et des opérations de leur psychopathologisation.
- 7 Cette contribution est divisée en cinq parties. Dans une première partie, nous présentons les données empiriques mobilisées et la méthodologie adoptée. L'analyse des rapports de police concernant des troubles signalés depuis les espaces publics urbains appelle quelques clarifications sur le statut épistémologique des sources documentaires. Les trois parties suivantes présentent trois opérations de la problématisation psychiatrique des troubles sur les scènes des espaces publics urbains. Ces opérations conditionnent la prise en compte de certains troubles qui se manifestent (avec des intensités variables) dans l'espace public et leur inscription sur une voie psychiatrique, c'est-à-dire leur « spécification » sous description psychopathologique et l'appel à des agences médicales. La première de ces opérations est liée au caractère essentiellement visible et événementiel des troubles rapportés dans notre corpus de données. Elle relève du choix de catégorie pour identifier la manière dont certains éléments se rendent visibles dans le flux plutôt indistinct de l'expérience urbaine. La partie suivante concerne une deuxième opération de la problématisation, basée sur la qualification psychiatrique à partir des indices situationnels disponibles. Elle se réfère aux manières de rapporter les faits observés en situation en les liant aux critères légaux de dangerosité et de maladie mentale. La troisième opération de la problématisation est

le résultat du travail d'enquête et de récoltes d'indices non disponibles dans la situation. Dans la cinquième partie, nous concluons en pointant les enjeux en matière d'accès aux soins, en lien avec ces opérations constitutives de cette socialisation du regard clinique.

Données disponibles et méthodologie

- 8 Ce travail prend pied dans une recherche plus large concernant la judiciarisation des mesures protectionnelles à l'égard des adultes (très) vulnérables ou en souffrance psychique en Belgique. Le dispositif d'enquête mis en place dans ce cadre repose notamment sur la récolte de données documentaires au sein du service de défense sociale du parquet de Bruxelles. Une base de données a été constituée à partir de la retranscription complète ou partielle de 452 documents issus de 149 dossiers individuels. Chacun de ces dossiers individuels reprend les documents émis aux diverses étapes institutionnelles de façonnement du cas de personne malade mentale tombant sous le coup d'une mesure de mise en observation, ses différentes « étapes de traitement » (Pence, 2001). Concrètement, toute requête de mise en observation adressée au parquet donne lieu à l'ouverture d'un dossier individuel, ou le cas échéant, au versement de nouvelles pièces dans un dossier déjà ouvert. Les dossiers individuels comprennent l'ensemble des documents émis et transmis au parquet : lettres des requérants, apostilles du parquet (devoirs d'enquête), rapports de police, certificats médicaux, rapports psychosociaux, rapports d'expertise psychiatrique et jugements rendus par la justice de paix, etc.
- 9 La recherche présentée ici est basée sur 103 rapports de police concernant 57 personnes signalées au parquet, pour 90 interventions qui ont eu lieu entre 2007 et 2020. Ces rapports sont produits pour signalement au parquet dans le cadre de la mesure belge d'hospitalisation psychiatrique contrainte (mise en observation). Ils constituent l'étape initiale des mesures de protection (demande), décidées par le parquet, et donc le premier filtre dans son application. L'analyse de leur contenu, sous certaines conditions, permet de mettre au jour les traits structurants du trouble remarqué et rapporté dans les espaces publics urbains.

Déviance et rapports de police

- 10 L'appel à la police par un « civil ordinaire » ou l'intervention spontanée des agents concernent des troubles sur la voie publique, ultérieurement inscrits sur une voie psychiatrique. Sur cette base empirique et conformément à l'objectif de ce travail, nous voudrions sonder l'atteinte et l'accroche thérapeutiques des personnes malades mentales *maintenues* dans leur milieu de vie. Une telle montée en généralité doit se construire à partir des séquences microsociologiques de traitement des troubles singuliers, selon un principe pragmatique de liaison entre les échelles sociologiques, entre les situations locales et les dispositifs institutionnels. Cela nécessite donc une compréhension plus fine des signalements auprès de relais institutionnels.
- 11 Les rapports de police qui composent notre corpus constituent des traces écrites de l'activité de contrôle des espaces publics exercé par des « agents du contrôle social ». Ceux-ci sont produits dans le cadre d'un dispositif médico-légal particulier. Ils peuvent en ce sens être considérés comme des comptes rendus des observations (directes ou

indirectes) et des actions face à des situations considérées comme relevant d'une problématique psychiatrique. La nature particulière des données récoltées appelle néanmoins quelques clarifications épistémologiques avant une présentation de la méthodologie adoptée.

Le rapport entre la description de la réalité et la réalité décrite

- 12 Le fait de travailler sur des sources documentaires assimilables à des archives pourrait mener à des considérations généralement attachées aux sciences historiques : quel rapport entre les sources et la réalité passée auxquelles elles réfèrent ? L'évaluation des sources en tant que « traces » se déploie en effet au sein d'un espace critique tiré entre deux pôles épistémologiques : un scepticisme qui ne verrait dans les sources que des témoignages de « représentations sociales » et une posture positiviste centrée sur la dimension descriptive de la source, considérée dans sa relation à une réalité ou un état du monde (Ginzburg, 2010). La recherche serait alors conditionnée à un positionnement épistémologique préalable concernant le statut de ces documents en tant qu'indicateur valide pour appréhender une réalité sous-jacente aux descriptions qui en sont faites.
- 13 Cette question de la valeur de « preuve » des sources documentaires a aussi été traitée en sociologie de la déviance, ralliant le plus souvent une posture sceptique (Becker, 2017). Concernant les enjeux au cœur de nos réflexions présentes, DeFleur (1975) attirait l'attention sur les « biais » que présentent les rapports de police, hypothéquant la prétention des chercheurs à s'en servir pour documenter les problématiques sociales *réelles*. Ce type de document ne permettrait en effet pas de saisir « la déviance secrète », c'est-à-dire celle qui, pour une série de raisons, n'est pas l'objet d'une réaction sociale ou d'un étiquetage, malgré une transgression objective des normes (Becker, 1963). En outre, le travail sur la base d'archive judiciaire porte le risque d'un lissage de la complexité et la disparité des processus de problématisation dont ils rapportent le résultat, et plus simplement, de la variabilité empirique du travail policier qui pourrait être observée à travers des méthodes ethnographiques (Moskos, 2008). Il nous semble pourtant nécessaire d'éviter l'écueil d'une approche qui traiterait la « trace judiciaire écrite » avec ce seul scepticisme heuristiquement vain, et de voir ce qui peut en être tiré valablement (Farge, 2009).
- 14 Pour cela, il convient de réinscrire ces documents dans leur contexte pragmatique de production. La qualification psychiatrique est un accomplissement pratique, émergeant au gré de l'activité de contention, de remédiation, de réparation et, dans ce cas, de signalement des manifestations du trouble et de demande d'une intervention formelle. Cette conception entend ne pas tomber dans l'écueil constructiviste, problématique à bien des égards dans l'approche de la déviance psychopathologique (Hacking, 2008 ; Feys, 2014) et en fin de compte impropre à rendre compte de l'expérience (interpersonnelle et intrapersonnelle) des personnes confrontées à des problématiques de ce type (Lézé, 2008 ; Shalin, 2014). On considèrera donc la réalité bien concrète du trouble, qui mène les personnes, au gré de leurs tentatives pour rétablir une expérience satisfaisante, à (tenter de) l'inscrire dans un système de références et de pratiques psychiatriques. La désignation déviante (en l'espèce, le jugement clinique) sera considérée alors comme le résultat, ni strictement nécessaire, ni radicalement contingent, d'une configuration de la réalité par les personnes affectées. En d'autres termes, l'identification puis la désignation psychiatrique d'un « fauteur de trouble⁵ » dans l'espace public se déploient dans un travail de problématisation au gré des

tentatives de contention ou de réparation des conséquences néfastes du trouble. L'intervention policière est l'une de ces tentatives, constituant un point de basculement vers des voies officielles, lorsque les autres voies de remédier au trouble ont échouées.

Le rapport de police comme compte rendu institutionnel

- 15 Les rapports de police ne sont donc pas analysés en tant que « traces » (fidèles ou non) d'un événement réel passé, mais plutôt en tant que moment dans l'élaboration d'un jugement clinique ou d'un jugement de déviance. En ce sens, et nous appuyant sur la distinction opérée par Parasie (2008) entre « trace » et « support », on pourrait pointer la dimension de « support » de ces rapports dans des cours d'élaboration du jugement. À ce titre, ils sont considérés comme une forme particulière de « compte rendu », c'est-à-dire une description constitutive d'un phénomène social, organisée en vertu d'un modèle d'intelligibilité sous-jacent qui organise la description faite (Smith, 1978). En l'espèce, le rapport des faits d'une inculpation « 32A — Malade sur la voie publique⁶ » sera structuré en fonction de l'hypothèse que la personne fauteuse de trouble est malade. Il est impossible d'isoler le compte rendu de son contexte large, ancré dans une anticipation des conséquences et un rapport au passé.
- 16 Par hypothèse, le contenu des rapports est en outre aligné sur ce que leurs rédacteurs croient être les attentes de leur destinataire (le parquet de Bruxelles). Les descriptions faites dans le cadre de dispositifs institutionnels ont en effet tendance à mobiliser les catégories et modes d'imputation qui appartiennent à un même système de référence. Ce phénomène a été décrit comme une « captation institutionnelle » de l'expérience. Dans leurs rapports, les agents-rédacteurs doivent en effet produire des renseignements et des informations qui peuvent « être traités comme une instance de la catégorie institutionnelle qui en ferait non seulement un cas susceptible de conduire à une action, mais un cas nécessitant une telle action » (Smith, 2018, p. 214).

Traitement du matériau empirique

- 17 Le traitement du matériau empirique a été réalisé au travers d'une analyse qualitative de contenu. L'analyse a été opérée à l'aide d'un logiciel d'aide à l'analyse qualitative de données (Nvivo). L'analyse de contenu a été réalisée dans une démarche inductive, permettant de respecter la richesse et la disparité des données récoltées tout en dégagant des catégories transversales. Le codage a été réalisé en deux temps successifs. Premièrement, le codage exhaustif et tout à fait inductif des 103 documents a permis l'élaboration d'une première grille d'analyse. Celle-ci a ensuite été retravaillée au cours d'un second codage du matériau, afin de rassembler et de hiérarchiser les nombreux codes dégagés dans le premier temps d'analyse. Une grille d'analyse sur deux niveaux a finalement été dégagée, qui comporte 13 catégories : (1) affects exprimés par les requérants, (2) caractérisation du comportement lors de l'événement, (3) signes et indices situationnels, (4) signes et indices environnementaux, (5) évaluation de l'interaction lors de l'événement, (6) inscription de l'événement dans un contexte plus large, (7) justification de la nécessité d'intervention, (8) description de la confrontation au fauteur de trouble, (9) figure visible, (10) structure de contraste, (11) diagnostic profane, (12) traces de médication, d'alcoolisation, de consommation de toxiques, (13) absence de signes symptomatiques. Ces 13 catégories sont déclinées en 72 sous-catégories, qui en précisent la portée extensive et la variabilité. Cette analyse,

dont la taille limitée de l'article ne permet pas une présentation exhaustive des résultats, permet de faire émerger les éléments saillants de la psychopathologisation dans les espaces publics urbains. Sur cette base, nous reconstruisons les opérations de problématisation effectuées dans les rapports, en vue d'amorcer une prise en charge de type psychiatrique.

Remarquer quelque chose dans le flux de l'expérience urbaine : la nécessité d'une figure visible

- 18 Avant même qu'elle donne lieu à une interaction au cours de laquelle elle se précise et se consolide, l'expérience du trouble repose sur sa capacité à trancher avec l'arrière-plan routinier des activités urbaines. C'est à partir d'une figure visible que s'élaborent le jugement de déviance, et l'intervention potentielle. Il s'agit dans un premier temps de voir comment est rapportée cette perception, souvent encore indistincte et confuse, du fait que quelque chose ne va pas, qui appelle ensuite un travail d'enquête plus poussé de la part des personnes affectées.
- 19 Les rapports de police sont construits sur la base d'une description du fauteur de trouble comme figure visible qui attire l'attention : une présence se manifeste dans un premier temps avec une certaine étrangeté, quelque chose se devine dans une attitude qui participe d'une « sémiose de la bizarrerie » (Berger, 2021). À ce stade, l'expérience du trouble a lieu sur un mode « iconique ». C'est-à-dire qu'elle est faiblement élaborée, reposant sur des opérations sémiotiques de l'ordre de la mise en présence, de l'évocation, de l'association. Ce qui attire l'attention n'est alors parfois que de l'ordre d'une « tension interactionnelle de niveau très bas » (Berger, 2017, p. 106). On le voit dans l'introduction de ce rapport concernant un contrôle d'initiative effectué par les agents, c'est une première impression générale, reçue au hasard des déplacements de la patrouille, qui oriente les agents vers l'individu.
Le 13/06/2016 à 18 h 10, la patrouille composée de l'[inspecteur principal] et de l'[inspecteur] a son attention attirée sur un homme en train de chipoter aux vélos (Villo) de la Région de Bruxelles.
- 20 L'attention, une fois attirée, fait naître une sensation ou une émotion particulière, qui mène les agents à interpellier l'individu en question. C'est alors qu'il « se montre agité » et « tient des propos incohérents ». Des éléments probants viennent confirmer, dans l'interaction, l'impression initiale de la bizarrerie, l'individu allant finalement jusqu'à se « [donner] des coups de poing ». L'interpellation semble néanmoins avoir été déterminée par cette première impression *eue* par les agents lorsque leur attention perçoit cet individu « en train de chipoter aux vélos ». Celle-ci les prédispose et les mène à effectuer, après que l'individu a donné quelques indices plus tangibles, une vérification dans leur base de données. Ils découvrent par-là que « l'intéressé a fait l'objet de plusieurs dossiers de personne malade », ce qui confirme définitivement la nécessité d'une intervention de type psychiatrique.
- 21 Dans certains cas, l'attention est cependant attirée par autre chose que la personne fauteuse de trouble elle-même. Ainsi, ce rapport qui décrit comment deux agents de police ont leur attention attirée par un amas de détritits qui jonchent le trottoir, ce qui les mène finalement à une interpellation.

Nos inspecteurs constatent la présence de nombreux objets en tout genre sur le trottoir à la hauteur du numéro 8. Ils constatent la présence de chaises, pneus...

disposés de manière à empêcher la circulation sur le trottoir. Le tout est entouré de rubalise.

- 22 La constitution d'une figure visible dans le flux expérientiel urbain constitue un moment déclencheur dans la plupart des comptes rendus. On peut alors dresser une liste des icônes du trouble urbain finalement inscrit sur une voie psychiatrique : il y a cette « femme à la fenêtre du premier étage criant dans la rue des propos incohérents », et l'« individu cagoulé » qui « apeure » les passants, l'homme assis dans une gare avec « sa veste qui recouvre entièrement sa tête », cette « dame [qui] s'agenouille au milieu de la chaussée », ou encore celle-ci qui « marche en zigzagant le long de la voie de chemin de fer ».
- 23 Une phénoménologie particulière de la psychopathologie se dessine dans l'analyse des rapports, marquée en premier lieu par des aspects de rupture, et générant des charges émotionnelles spécifiques. La surprise, la sidération et la stupeur sont des manières communes de rendre compte de l'expérience et du rapport au « fauteur de trouble », sensations ancrées dans des dimensions temporelles brèves et exceptionnelles. Les manifestations peuvent être très courtes, mais sont décrites comme assez intenses pour constituer un signal fort qui peut s'affranchir des circonvolutions longues et évolutives des « micropolitiques du trouble » ancrées dans des relations interpersonnelles stabilisées dans le temps (Emerson et Messinger, 1977). On peut se demander sur cette base si les troubles qui montrent des manifestations à *bas bruit* peuvent recruter des agents pour leur prise en charge. À voir les rapports dont on dispose, il est permis de douter que le trouble qui ne donnerait pas lieu à des événements qui se détachent franchement de l'arrière-fond peine à constituer l'objet d'un jugement clinique de la part de profanes, citoyens et citoyennes ou agents de police.

Qualifier la situation : dangerosité et maladie mentale

- 24 L'opération de constitution d'une figure visible dans le flux de l'expérience semble être le préalable à l'ensemble des manières de rapporter le trouble. Elle ne suffit cependant pas à engager la résolution du trouble sur la voie formelle d'une prise en charge psychiatrique. À l'analyse, deux critères semblent déterminants dans l'intervention : la dangerosité et la maladie mentale. Il s'agit évidemment des critères légaux principaux qui organisent la mesure de la mise en observation. Il est néanmoins intéressant de voir comment les agents-rédacteurs rendent compte des faits en référence à ces règles.

Critères de la dangerosité

- 25 Le fait que ces situations soient gérées par des « professionnels du contrôle » induit une sélection du type de vulnérabilité traitable sous la mesure envisagée ici, articulée au mandat et à la mission de la fonction de police, ainsi sans doute qu'à une certaine culture professionnelle. En ce sens, on peut considérer que le signalement d'un trouble est déjà inscrit dans un registre particulier qui n'est pas tant médico-psychiatrique ou assistanciel qu'attaché à des considérations d'ordre public. Ce sont en effet des dimensions de danger et de menace des troubles qui sont rapportées en premier lieu. On distinguera la dangerosité pour autrui et la dangerosité pour soi, conformément aux prescriptions légales. On remarquera cependant une très large prédominance des

critères de dangerosité pour autrui et d'hétéro-agressivité, surreprésentés dans notre corpus par rapport à celui de dangerosité pour soi.

Dangerosité pour autrui

- 26 Le critère de la dangerosité pour autrui est largement prédominant dans le corpus analysé, donc dans les manières de justifier l'intervention. Une tentative de mettre le feu à une poubelle, une bagarre en rue ou l'annonce d'un attentat imminent sont par exemple des motifs invoqués dans la demande au parquet. Cette prépondérance du critère de dangerosité pour autrui est intéressante lorsque l'on compare les motifs rapportés des interventions dans l'espace public et ceux des requêtes d'hospitalisation en provenance des scènes familiales^{Bessie2024-09-17T17:04:00B7}. Nos analyses de ces dernières montrent en effet des modalités de mise en récit du trouble et de justification du signalement à partir du danger pour la personne malade ou de la difficulté pratique du maintien dans son environnement, bien plus rarement en invoquant la menace physique qu'elle fait peser sur les membres de la famille. Les interventions contraintes prises à partir des espaces publics s'inscrivent, en ce sens, bien plus dans le registre sécuritaire que celles qui se déroulent sur des scènes familiales, ou médicales d'ailleurs.
- 27 Les registres de justification déployés dans les rapports sont en ce sens assez systématiquement attachés à des dimensions de sécurité et d'ordre public. Ce cadrage est omniprésent dans les documents analysés, bien plus que celui de l'assistance. Les motifs mobilisés par les agents pour expliquer leur signalement s'appuient largement sur des sentiments de crainte ou de menace. Une analyse lexicale met en lumière la prévalence de termes liés aux dimensions de désordre, d'agitation ou de danger plutôt que de notions qui engageraient les acteurs sur des voies plus marquées par la sollicitude par exemple. Les signalements décrivent des situations marquées par des « cris » ou des « hurlements », des « pleurs » parfois (plus d'un tiers des rapports sont caractérisés par un tel registre sémantique), au centre desquels se trouvent des individus « désorganisés », « nerveux » et souvent « agités », ou « en crise ».
- 28 Passages à l'acte
- 29 Les rapports qui font mention d'une agression physique constituent une part importante de notre corpus, auquel on peut ajouter ceux qui relatent des cas de dégradation matérielle. Ainsi, ce rapport qui évoque l'agression d'une enseignante à la sortie de son travail :

À la sortie de l'école, un individu sorti des buissons, lui fait un croche-pied. Elle parvient à éviter l'attaque. L'individu s'approche de [la victime] et lui donne un coup de poing sur la joue. L'individu part ensuite en direction de la station de métro, via le parking.
- 30 Lorsque la police procède à l'interpellation du suspect, il est en possession d'un morceau de bois garni de vis et agrafes. Lors de « la prise d'empreintes », il est « confus », « tient des propos incohérents » et « se montre agressif ». Il sera hospitalisé dans la foulée.
- 31 Les faits de dégradation de matériel sont également souvent invoqués comme preuve de la dangerosité des personnes fauteuses de trouble. Ainsi, les incendies et tentatives d'incendie sont mobilisés comme des éléments qui prouvent la nécessité d'enclencher une mesure de privation de liberté. On citera typiquement le cas de ce « jeune homme

de 20 ans sans papier » qui a été « retrouvé par la police à proximité de leur commissariat ».

Il a été reconnu via les caméras de surveillance, car il aurait tenté quelques heures plus tôt de mettre le feu à une poubelle derrière le commissariat. Les agents de police déclarent que le jeune homme présente un comportement bizarre : il ne parle pas, regarde dans le vide ou révulse ses yeux, garde les poings fermés. Les policiers ont emmené le patient pour un vu et soigné dans un autre hôpital. Suite à cela et vu les troubles du comportement et la tentative de bouter le feu, le magistrat demande une expertise médicale.

- 32 Comme on peut le lire, l'événement du feu de poubelle engage les agents de police sur sa trace. Lors de son interpellation, son cas est alors problématisé en des termes médicaux en raison d'une série d'indices récoltés dans l'interaction. Partant d'un fait de comportement dangereux de dégradation du matériel, la personne fautive de trouble est finalement considérée par le prisme d'une vulnérabilité psychique ou d'un problème de type psychiatrique.
- 33 Attitude menaçante, indésirabilité et trouble à l'ordre public
- 34 Si on considère la dangerosité des personnes interpellées en dehors des passages à l'acte sur des personnes ou des biens, celle-ci sature réellement le corpus. De très nombreux événements donnent lieu à des signalements en raison de leur caractère exprimé comme « indésirable^s ». Ceux-ci prennent la forme d'attitudes ou de comportements décrits comme une « menace » ou un « trouble à l'ordre public ».
- 35 La possession d'arme ou d'objets assimilés en est un exemple typique. On mentionnera cette personne qui « sort alors une paire de ciseaux de son sac à main et les tient levés en fixant les victimes avant que l'ascenseur ne se referme et que le suspect ne quitte les lieux » ou encore cet autre individu qui « est rentré dans le commerce en tenant une arme à feu dans sa main droite ». La possession d'objets assimilables à des armes, *a fortiori* leur usage à des fins de menace, constitue un critère d'interruption immédiat de l'indifférence civile, qui tolère pourtant de nombreux comportements non conventionnels. On voit là que le critère de la menace enclenche une réaction assez immédiate.
- 36 La dimension de menace n'est pas spécialement perceptible au premier abord, pouvant être décrite comme se dévoilant au cours de l'interaction. Ainsi, le cas rapporté de cette personne qui se présente « à l'accueil de [la] division centrale aux fins de déposer plainte contre son juge d'instruction » :

Exposons qu'au moment de notre entretien dans notre bureau, [l'intéressé] n'était pas agressif à proprement parler, mais semblait convaincu lorsqu'il parlait notamment de tuer quelqu'un ou de le frapper si on ne l'aidait pas, ces propos de menaces étaient souvent entrecoupés de divagations ou de multiples pleurs.
- 37 Les agents n'avaient à l'origine pas remarqué que quelque chose n'allait pas. Ce n'est qu'au cours de l'entretien qu'ils découvrent un individu menaçant et « incohérent », les menant à demander un examen psychiatrique. Si dans ce cas, la forme visible était peu remarquable pour les agents au premier abord, celle-ci semble se dévoiler à travers la menace qui se dessine au gré de l'interaction. On retrouve ici sans doute les traits de l'analyse historique de Majerus (2013) qui notait que « la maladie mentale en tant que telle ne conduit pas à un internement. Aussi longtemps qu'elle n'est pas inscrite socialement par un comportement qui dérange, elle ne donne pas nécessairement lieu à une telle mesure » (p. 142).

Dangerosité pour soi

- 38 La dangerosité pour autrui apparaît de manière largement prédominante dans le corpus. Quelques cas sont cependant rapportés à un autre type de dangerosité, celle que la personne fautive de trouble fait peser sur elle-même. Il est intéressant de souligner que même lorsque c'est la sécurité ou la santé de la personne vulnérable qui est au centre de la requête, celle-ci prend tout de même une forme événementielle et *violente*. Le souci des agents à l'égard de la santé des personnes apparaît souvent conditionné à des formats éruptifs et explicitement dangereux. On rapportera pour exemple ce cas d'une patrouille à Molenbeek, dont les agents expliquent avoir leur attention attirée par un « attroupement ». S'approchant, ils « constatent qu'un individu a retiré la grille d'égout d'un avaloir. Au travers de l'avaloir, il a mis sa main dans l'égout et s'est mis à jeter sur les passants les détritiques se trouvant dans l'égout. » Ils essaient de l'interpeller, à la suite de quoi l'individu « se frappe la tête contre le sol à deux reprises », ce qui est invoqué par les agents comme un motif d'interpellation dans le cadre d'une mesure de protection de la personne du malade mental.
- 39 Les rapports décrivent des cas de dangerosité pour soi qui sont souvent démonstratifs, assez marquants pour recruter les agents. L'expression d'une vulnérabilité ou d'une mise en danger à bas bruit, qui aurait une forme moins visible, apparaît plus rarement dans les descriptions des agents. En revanche, cette personne qui s'est « coupée volontairement au niveau du ventre de manière très superficielle » dans la salle d'urgence d'un service bruxellois sera l'objet d'une intervention. De même, le corpus est constitué d'une série de signalements pour des personnes qui se « [promènent] sur le toit » ou qui « [menacent] de sauter du toit de l'immeuble ».
- 40 Cependant, l'état manifeste de dépendance ou de vulnérabilité de la personne fautive de trouble, signal plus faible, vient parfois soutenir l'évaluation du danger. La description de ce type d'état vient solidifier les comptes rendus d'intervention, en (dé)montrant la nécessité. Les mesures de protection de la personne reposent sur une certaine configuration de la situation, soit en tant qu'elle relève d'un danger direct et éruptif, soit qu'elle est plus liée à une dimension de dépendance ou un état de nécessité. Plusieurs types d'indices et de preuves sont présentés en ce sens par les rédacteurs : les indices d'addiction, l'hygiène corporelle et l'insalubrité du logement, l'état de santé supputé.
- 41 Ceux-ci peuvent par exemple souligner le fait qu'une personne signalée « [semble] être en mauvaise santé ». Il est cependant plus fréquent que ce genre de supputation soit plutôt décrite à travers ses manifestations constatées que dans une affirmation générale. Ainsi, la « maigreur » d'une personne interpellée ou le fait que les agents constatent que son « lfrigo est videl » lorsqu'ils la raccompagnent chez elle sont par exemple soulignés dans les rapports d'intervention.
- 42 Au-delà de l'état de santé, l'allure générale ou l'attitude peuvent également être mobilisées dans les manières de présenter le problème de la personne. En effet, l'évaluation par les rédacteurs des dimensions liées à la présentation de soi en public et l'apparence digne est intégrée au compte rendu, et parfois mobilisée comme justification d'une intervention. L'allure est alors intégrée comme manière de rendre compte de la grande vulnérabilité des personnes. Ainsi, on décrira le fait que « le pantalon présente d'importantes et nombreuses traces d'urine », que l'interpellée est « peu soignée sur elle », que la tenue « est dépenaillée » ou que l'intéressé a « l'allure

d'un SDF ». Lors de leur intervention au domicile d'une femme d'une trentaine d'années à la suite de la découverte de deux chiens « enfermés dans [son] véhicule depuis deux jours », les rédacteurs soulignent :

Nous constatons également que sa tenue est débrayée. [...] [l'intéressée] n'est absolument pas coiffée, elle porte un jogging avec des boots en fourrure et une veste d'hiver sur le dos. Nous ressentons également que [l'intéressée] présente une forte odeur nauséabonde. Madame semble ne s'être plus lavée depuis un certain temps.

- 43 L'état de nécessité peut également être inféré à partir d'éléments plus extérieurs, tels que l'état du lieu de vie. De fait, les agents rendent par exemple compte du fait que lors de visites domiciliaires, « d'innombrables canettes de bière de marque Jupiler de 50 cl » jonchent le sol ou que du « papier aluminium destiné à la fumette d'héroïne est omniprésent ». Ces éléments sont mobilisés à des fins de justification dans le rapport d'intervention. Ainsi, dans ce rapport d'une autre intervention qui finit dans un domicile, les rédacteurs soulignent que « l'état général de la maison montre bien qu'elle n'est pas entretenue et plein de déchets jonchent la terrasse arrière », ce qui les mène à conclure qu'il règne dans la maison « une atmosphère malsaine et insalubre » et à en déduire la nécessité d'une intervention.

Critères de la maladie mentale

- 44 Jusqu'à présent, nous avons vu que le trouble signalé avait la forme d'un événement décrit comme dangereux, en particulier pour les autres. Cette condition n'est néanmoins pas suffisante pour le signalement psychiatrique. En effet, les événements de violence, d'agressivité, de menace ou de mise en danger de soi qui sont rapportés dans les procès-verbaux et auditions de police sont caractérisés par leur dimension d'inintelligibilité⁹. En soi, un vol à main armée est une conduite dont toute personne peut normalement rendre compte. L'individu, pour une raison ou l'autre plus ou moins concevable, décide de transgresser la norme de propriété et s'enfuit généralement avec son butin. Néanmoins, lorsqu'après le larcin, il se déshabille devant la vitrine du magasin et exécute une chorégraphie, quelque chose change dans la qualification du fait. Le trouble psychiatisable implique donc des conduites qui manifestent d'une certaine manière la « folie ». Cette manifestation repose sur une certaine incapacité du public à rendre compte de la rationalité de l'action à laquelle il assiste.

L'absence de bonnes raisons aux comportements

- 45 Cette opération vise à montrer l'incapacité pour le descripteur (en l'occurrence, l'agent-rédacteur) à trouver des raisons à la manière dont les personnes se conduisent. La description de l'absence de bonnes raisons aux comportements observés (et décrits) sert de support à la qualification psychiatrique profane. C'est l'incapacité à rendre compte de la situation avec des moyens conventionnels qui induit l'hypothèse de la maladie mentale. En ce sens, l'hypothèse de « maladie mentale », de « problème psychologique » ou de « folie » semble permettre une réunification de l'expérience troublée, et redonne donc une certaine intelligibilité à la situation malgré ses « impropriétés » (Goffman, 2013) — dans le même temps qu'elle en requalifie l'horizon pratique. C'est patent dans les rapports dont nous disposons, par exemple celui-ci des faits de « coups et blessures » sur la voie publique :

Arrivés sur place à 14 h 46, ils ont contact avec le requérant qui leur relate les faits suivants : travaillant dans un salon de coiffure, sa collègue était sortie sur le trottoir afin de téléphoner. Tout à coup, une femme est arrivée et lui a donné un coup de pied dans le dos. La victime est alors tombée au sol. Il n'y aurait aucune raison apparente à ce geste.

- 46 L'absence de « raison apparente » au geste perpétré constitue de toute évidence le support de sa « psychiatisation », c'est-à-dire sa compréhension dans un cadre qui articule le contrôle social à des logiques de traitement médical. Les comportements sont caractérisés dans les rapports par l'incapacité à *rendre compte* de leur signification. Les rédacteurs insistent par exemple sur le fait qu'une interpellée « entame une conversation avec une personne invisible » ou encore que le braqueur « était très agité, avait un regard hagard et transpirait de manière anormale ». De manière générale, « l'incohérence », le caractère « incongru » ou « inadéquat » des discours et des comportements sont systématiquement mis en avant dans ces comptes rendus.
- 47 Les éléments qui déterminent la « psychiatisation » sont multiples et parfois d'apparence relativement insignifiante. Les agents de police rapporteront que la personne « ne parle pas », « regarde dans le vide », « révulse ses yeux » ou « garde les poings fermés ». Ce sont ces détails qui, souvent par leur cumulation, font un « comportement inadéquat à la situation ». La diversité des indices mobilisés dans ces diagnostics profanes ne peut être ramenée à des classes définies de comportements. Les manifestations qui servent de support à ce type de diagnostic sont virtuellement infinies du point de vue de leur contenu. Il est néanmoins possible de déceler des modalités de mise en forme qui les regroupe : la « structure de contraste » et le caractère contextuel des preuves de la folie.

Structure de contraste et preuves contextuelles

- 48 La notion de « structure de contraste » est proposée par Smith (1978). Dans la lignée des travaux de Goffman (1969), la sociologue pointe le caractère éminemment contextuel du diagnostic profane. Ce dernier repose en effet sur une structure logique commune, celle de la mise en contraste de deux énoncés, concernant souvent une conduite en regard d'un contexte d'action (routinier, réglementaire, conventionnel, etc.). La nécessité du contraste provient du fait qu'en soi, et *a fortiori* dans l'espace public, aucune conduite n'est un signe univoque de folie. Il s'agit alors pour le rédacteur d'exposer en quoi la conduite envisagée n'est pas adéquate du point de vue du contexte. La structure de contraste repose de ce fait sur l'exposition de l'opposition entre deux déclarations, l'une fournissant les « instructions » pour savoir à quel point le comportement décrit par l'autre est anormal.
- 49 Typiquement, et sous sa forme la plus ramassée, on peut exposer une structure de contraste à partir de cet extrait d'un rapport d'intervention qui expose que la personne interpellée (une femme d'une soixantaine d'années d'origine algérienne) « porte même des lunettes de piscine dans le tram ». La pratique de porter des lunettes de piscine n'est en soi pas suffisante pour fonder un diagnostic. Il existe une série de contextes imaginables où le fait d'en porter dans l'espace public peut trouver de bonnes raisons pour l'observateur (à un carnaval, face à des gaz lacrymogènes en manifestation, dans un contexte de baignade urbaine, etc.). En revanche, pour le rédacteur, le fait d'assister à cette pratique dans un tram constitue une preuve à verser au diagnostic profane qu'il construit et défend.

- 50 La notion de « structure de contraste » permet cependant d'aller plus loin que l'identification du caractère contextuel des manifestations de la folie. Il ne s'agit pas uniquement à travers cette notion de montrer que la pratique de « porter des lunettes de piscine » n'est pas pathologique en soi, mais uniquement dans certains contextes particuliers. Le contraste qui structure le diagnostic n'est en effet pas qu'objectif et mécanique (lunettes au carnaval = bonnes raisons ; lunettes dans le tram = raisons pathologiques). La structure de contraste constitue en vérité un accomplissement des personnes dans le compte rendu qu'elles font des événements. Elle relève donc certes de leur capacité à montrer le caractère *objectivement* incongru des conduites au regard du contexte, mais aussi à occulter les bonnes raisons potentielles de la personne diagnostiquée par une mise en récit *ad hoc*.
- 51 On peut alors par exemple comprendre l'insistance des rédacteurs sur l'absence d'intoxication alcoolique, *renghaine* très présente dans les rapports analysés. En insistant sur le fait que la personne interpellée n'est « pas sous l'influence de boissons alcoolisées ou de substance psychoactive » ou « en état d'ébriété », voire qu'elle « avait l'air en état d'ivresse, mais ne sentait pas l'alcool », les rédacteurs privent par avance la personne interpellée d'une « justification¹⁰ » possible du comportement décrit comme transgression des normes ou comme impropriété. De même, une série de faits de violence physique sont contrastés dans les auditions de victime par le fait qu'il « n'y a eu aucun différend, aucun mot échangé auparavant » ou que la victime n'avait « jamais vu [son agresseur] auparavant ». De même, ce procès-verbal où un passant rapporte qu'un « homme [l'] a empoigné par [la] veste et [lui] a donné 12 ou 13 coups de poing avec son autre main ». Une fois « tombé par terre », il demande à son agresseur « s'il le connaissait ». Ce dernier, confus, répond « je me suis trompé de personne ».
- 52 La structure de contraste repose sur le caractère inconciliable de deux présuppositions tenues à propos de la même situation. L'étiquette psychiatrique agit alors comme un principe de liaison entre différentes assertions incompatibles entre elles. On le voit à un niveau très pratique par exemple dans cet extrait de rapport d'intervention de police pour une inondation visible depuis la rue. Les agents, dans leur description du domicile, précisent : « constatons que l'appartement est dans un état déplorable alors que selon [l'intéressée], elle vient d'en faire le ménage ». On retrouve là une structure de contraste insistant sur l'impossibilité de faire tenir ensemble ces deux propositions : l'affirmation d'avoir fait le ménage (et plus largement, on peut l'imaginer, une définition de soi comme personne capable, autonome et prenant donc soin de son logement) et l'état constaté de l'habitation. L'écart entre les propositions faites sur son « moi » et les suppositions inférées sur sa personne à partir d'une série d'indices par les agents n'est plus franchissable sans une hypothèse psychiatrique. Goffman (1969, 1973) a montré en ce sens comment la maladie mentale pouvait constituer un cadre de référence pour des déviations sociales marquées par le caractère inconciliable des présuppositions tenues ensemble dans une situation. Comme le note le sociologue à propos de la félicité des actes de langages, mais le modèle fonctionne pour l'ensemble des conduites :
- [s'] il arrive que le contenu « littéral » (locutionnaire) d'une énonciation ne fasse aucun sens dans le contexte, et les accordages conventionnels non plus, alors une relecture draconienne devient nécessaire, à savoir que le locuteur est temporairement incompétent, ou, à défaut de preuve en ce sens, qu'il est dérangé (Goffman, 1986, p. 95).

- 53 Partant, on peut considérer que la mise en lumière de cette inconciliabilité constitue une « preuve » de la validité de la désignation psychopathologique. Il s'agit donc pour les rédacteurs de montrer à quel point l'offense ou la déviation sociale (conduite déraisonnable ou transgression d'une norme de propreté domestique) sont problématiques parce qu'elles ne sont pas réparées. On imagine bien que l'état d'insalubrité de l'appartement rapportée par les agents de police aurait beaucoup moins de poids en tant que « preuve » d'une maladie mentale si elle était compensée par une activité réparatrice. En l'occurrence, la transgression consiste à ne pas tenir son domicile dans un état de propreté jugé normal. Celle-ci serait rapidement dépassée pour peu qu'on lui apporte une justification (« je n'ai pas eu le temps de ranger la pièce ») ou une excuse (« désolé pour le désordre »). C'est la démonstration d'une incapacité à produire ce type d'activité réparatrice qui induit une conduite inconciliable avec les présuppositions qui sont tenues sur elle et qui constitue dès lors une « preuve » dans la qualification psychiatrique. Sans ces raisons qui permettraient de stabiliser l'interprétation de ce qui se joue/s'est joué, les personnes sont contraintes d'engager des « schémas réinterprétatifs » dont le diagnostic est un exemple paradigmatique.
- 54 Il faut noter aussi que l'activité réparatrice n'est pas qu'une nécessité formelle. Ainsi, une justification dont la signification n'est pas intelligible ou adéquate au regard du contexte ne permettra pas d'éviter la réinterprétation psychiatrique de la situation. Un individu braque maladroitement et de manière très peu efficace un CPAS¹¹. Lors de l'intervention de la police, il est aussitôt maîtrisé par les agents. Ces derniers disent que l'interpellé « a répété à de nombreuses reprises qu'il n'avait rien fait de mal, qu'il avait voulu faire un braquage social pour les sans-abris ». Cette justification malheureuse est immédiatement refusée par les agents-rédacteurs qui la qualifient de « propos incohérents », préférant interpréter le « braquage » comme la manifestation d'une santé mentale fragile, plutôt que comme le geste politique qu'il prétend être.

Renforcer les qualifications fragiles à partir d'indices non situationnels : passé psychiatrique et historique des appels aux agences

- 55 Les cas présentés dans la section précédente relèvent d'une catégorie particulière, parce qu'ils reposent uniquement sur des « preuves situationnelles ». L'ensemble des éléments nécessaires à un diagnostic profane sont disponibles dans leur seule appréhension directe de la situation. Ce n'est cependant pas toujours le cas, loin de là. La justification d'une intervention repose en effet souvent sur la capacité à apporter des éléments externes à la situation, récoltés dans le travail d'enquête, qui permettent de (dé)montrer le caractère problématique et la nécessité d'une intervention.
- 56 Il y a en vérité parfois une grande difficulté à justifier de manière suffisante sur base d'un simple rapport de la situation directe dans laquelle seraient constatées la dangerosité et l'inintelligibilité. C'est ce que montre notre analyse, faisant émerger l'importance des éléments externes qui viennent appuyer le rapport des événements. La nécessité d'apporter des preuves non situationnelles de la vulnérabilité des personnes implique la nécessité de les trouver, et donc de les chercher. Cela a des conséquences majeures dans le type de vulnérabilité prise en charge : sera laissée de côté celle qui n'est pas assez forte dans la situation ou qui a *minima* n'engage pas les

participants dans un travail d'enquête qui rompe proprement avec les cadres conventionnels de coprésence et d'interaction dans l'espace public.

- 57 Notre analyse fait apparaître l'importance des éléments qui indiquent ou suggèrent des « antécédents psychiatriques ». La présence de tels éléments semble surdéterminer la psychiatrisation d'une série de cas qui composent notre corpus de données. Dans des situations marquées par l'incertitude et souvent la confusion des signes, la découverte d'un passé psychiatrique, rapporté discursivement ou matérialisé dans l'un ou l'autre objet, constitue en effet un socle sur lequel les requérants peuvent justifier d'une intervention.
- 58 C'est par exemple le cas de ce contrôle d'initiative pour un individu qui a un comportement « menaçant et insultant » sur la voie publique. Il ne peut présenter de papier d'identité aux agents. Ce qui les mène à supposer une « situation illégale ». L'individu se montre « nerveux », il menace les passants et crache. De ce fait, « la patrouille prend les mesures conservatoires à l'égard du particulier », c'est-à-dire qu'elle le menotte et l'emmène au commissariat. Une procédure de mise en observation sera finalement engagée, après un travail rapide d'enquête au cours duquel cette séquence apparaît déterminante :
- [...] à 13 h 40 heures [l'inspecteur] prend contact téléphoniquement avec l'Office des Étrangers, afin de les aviser des faits et obtenir leurs directives. Ces derniers connaissent bien [l'intéressé], répertorié comme « malade mental » dans leur base de données.
- 59 Ce type d'élément a une importance cardinale dans les opérations de qualification psychiatrique. C'est un constat qui peut être posé sur base de cet extrait de rapport concernant une personne interpellée alors qu'elle attend dans un commissariat :
- Ce 05/09/2017 à 21 h [l'intéressé] qui sera identifié sur base d'une carte MOBIB se présente en nos locaux. Il ne parle pas et s'assied sur un siège. Il a le regard vide. Nous lui demandons la raison de sa présence et s'il désire une aide quelconque. Nos questions resteront sans réponse. Nous trouvons dans sa poche une notice d'un médicament « ZYPREXA VELOTAB ». Ledit médicament est utilisé dans le traitement de certaines formes de schizophrénie et des troubles bipolaires. [L'intéressé] présente les symptômes d'une personne malade. [Son père] relate qu'il s'inquiète pour l'état mental de [l'intéressé]. Les policiers contactent également l'assistante sociale qui s'occupe des rencontres sous surveillance entre la patiente et ses enfants, elle n'a plus vu la patiente depuis un mois, « elle est inquiète pour l'état mental de [l'intéressée] ».
- 60 C'est la découverte de la notice d'un neuroleptique dans la poche de cette personne « malvenue » qui engage les agents dans une recherche d'indices qui permettent d'inscrire l'étrangeté dans un système de références psychiatriques. Partant, ils appellent son père et son assistante sociale pour poursuivre l'enquête et trouver des indices qui démontreront la nécessité d'une intervention psychiatrique. La découverte de traces de médication entraîne en ce sens un enclenchement du schéma interprétatif à appliquer à la situation.
- 61 Un autre type de « trace » qui peut être trouvée dans les enquêtes des agents est celle de l'historique des appels aux agences de contrôle. Au même titre que la découverte d'une médication, la mise au jour d'un passé psychiatrique semble surdéterminer la psychiatrisation de situations ambiguës et incertaines. Ainsi, le fait que le fauteur de trouble soit « bien connu », « défavorablement connu » ou « fortement connu » des services de police induit une certaine interprétation du trouble et configure la réponse

qui lui est donnée. De même, le fait que « la famille a déjà essayé à 4 reprises de faire lancer une procédure » ou que « l'intéressée [ait] fait plusieurs séjours » au sein d'une institution psychiatrique, semblent des indices assez déterminants du signalement des personnes au cœur de situations qui n'étaient pas assez franches pour être signalées de manière immédiate, mais suffisamment problématique pour enclencher un travail d'enquête. Cette importance des « traces » d'un « passif psychiatrique » mène à penser les plans de la répétition et de l'amplification des carrières de patient¹².

Conclusion : l'invisibilisation de la vulnérabilité psychique en mode mineur

- 62 L'organisation hors les murs de la psychiatrie repose sur une « nouvelle forme d'optimisme [...] par rapport à la capacité d'accueil et de tolérance de la "communauté" vis-à-vis des pensionnaires désinstitutionnalisés » (Otero, 2010). On peut se demander néanmoins dans quelle mesure « cette capacité d'accueil et de tolérance », dont le pendant négatif est l'indésirabilité, ne risque pas de provoquer l'invisibilisation de cette « population en marge, dont les droits ne sont pas entièrement reconnus et l'accès aux services de santé difficile » (Ehrenberg et Lovell, 2000, p. 22). En effet, le type des réactions civiles ordinaires — Lynch (1983) les appelait « vernaculaires » — dépend des manifestations rencontrées. Or, nous l'avons vu, l'engagement d'un cours d'action institutionnel de « protection de la personne du malade mental » repose sur la mise en avant par les agents-rédacteurs de certaines formes et certains contenus spécifiques (caractère événementiel, caractère menaçant, caractère inintelligible). Il semble que l'appel à des relais institutionnels soit de ce fait conditionné au dépassement d'un certain seuil d'intolérabilité dans l'espace public.
- 63 L'exposition du *fou* sur des scènes publiques est venue avec une responsabilité de « recrutement des thérapeutes » par les agents du contrôle (Lovell, 1996, p. 76). Figure à part entière de la psychiatrie à ciel ouvert, ils endossent cette responsabilité, sans néanmoins maîtriser le savoir spécialisé afférent, et participent à la construction et au façonnement de « cas pathologiques », que ce soit à travers une action positive de signalement ou, à l'inverse, par la reconduction d'une posture d'indifférence. Nous avons montré que les troubles qui étaient l'objet d'une intervention étaient rapportés à partir de leur caractère remarquable, en lien avec des inférences de dangerosité (souvent pour autrui) et d'éléments qui induisent une qualification psychiatrique profane. Les indices étayant la démonstration de ces conditions d'intervention ont été décrits soit comme appartenant à une situation qui se déroule dans l'espace public, soit ayant été récoltés au cours d'enquêtes sur le milieu de vie des personnes. On peut supposer sur base de cette analyse que les troubles signalés, et donc pris en charge, doivent montrer une forte charge d'indésirabilité, indexée sur des critères de dangerosité et de folie manifestes, directement perceptibles en situation, à tout le moins virtuellement. L'intervention dans l'espace public pour des motifs psychiatriques implique des manifestations particulières et de haute intensité.
- 64 Se pose dès lors la question de la possibilité pour les troubles qui se manifestent sur des modes mineurs de recruter des personnes pour signaler et requérir une intervention à même d'engager une mise en relation avec les lignes de soin. Cette analyse a évidemment oblitéré un ensemble d'acteurs professionnels engagés dans un travail de maraude et d'*outreaching*. Ceux-ci opèrent un travail proactif d'atteinte des publics

vulnérables, sur des bases moins contingentes que celui décrit dans cette contribution et non conditionnées à des manifestations franches d'indésirabilité dans les espaces urbains. Le fait que les acteurs du secteur social et de la santé pointent le manque de soutien à l'*outreaching* et les problématiques d'accès aux soins pour les publics les plus vulnérables et désaffiliés (INAMI et Médecins du Monde, 2014 ; LBSM, 2020, 2021) implique néanmoins de s'intéresser au travail de médiation effectué par les professionnels du contrôle, qu'il soit spontané ou requis par des civils ordinaires. Qu'en est-il de la vulnérabilité sourde ou invisible ? De celle dont les manifestations n'entrent pas dans les standards d'intervention policière ? De celle qui est plus difficilement remarquable dans le flux de l'expérience urbaine ? Ou qui, bien que remarquable, n'est pas descriptible en termes de dangerosité et d'inintelligibilité ? La médiation entre une personne malade désocialisée et le système de santé mentale semble en effet conditionnée à sa possibilité de se montrer suffisamment indésirable pour pouvoir attirer l'attention nécessaire. Sans cela, la personne malade ou en vulnérabilité psychique risque d'être condamnée à l'errance urbaine, avant qu'avec une certaine chance, une maraude professionnelle, ou peut-être une bonne âme ne viennent à l'envisager d'un point de vue clinique et protectionnel. On peut se demander si le pendant de la figure du « fou dangereux » ou du « fou menaçant » qui sature notre corpus n'est pas une figure du « fou inoffensif » ou de la « personne vulnérable non dangereuse » qui ne parvient pas à recruter des interventions dans le cadre législatif ici envisagé. La personne vulnérable serait alors une sorte de figure naturalisée dans les espaces publics urbains, qui ne susciterait pas grand-chose d'autre que l'indifférence, le haussement de sourcil ou le changement de trottoir.

- 65 La réaction sociale face aux personnes désaffiliées, mais malades, serait-elle alors réductible à une alternative entre la marginalité invisible et une réponse essentiellement liée à des grilles de lecture sécuritaires ? La prise en charge par les environnements sociaux urbains d'une série de fonctions (hospitalières et cliniques) autrefois professionnalisées doit nous forcer à la réflexion sur les dimensions incomplètes, inadéquates, inégalitaires et arbitraires qui la caractérisent. Puisque la voie du désenfermement psychiatrique a été engagée, on ne peut bien sûr éviter l'exposition publique des manifestations des états pathologiques. On peut néanmoins jouer sur les données institutionnelles et politiques pour faire que cette « socialisation du regard » sur la folie accède à un rang « clinique », pour ne pas rester dans l'ornière sécuritaire. Ce n'est alors peut-être qu'à ce prix, celui d'une actualisation véritable de l'idéal communautaire en psychiatrie, qu'on pourra sortir la maladie mentale de ce dilemme suffocant entre indésirabilité stigmatisée et invisibilité délétère pour engager une authentique politique de santé mentale en dehors de l'institution totale.

BIBLIOGRAPHIE

- Becker H. S., 1963, *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, London, ed. Free Press of Glencoe.
- Becker H. S., 2017, *Evidence*, Chicago, University of Chicago Press.

Berger M., 2017, « Vers une théorie du pâtir communicationnel. Sensibiliser Habermas », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 62, p. 69-108.

Berger M., 2021, « Perception et sémiose du malvenu. Retracer l'excommunication d'un participant dans une assemblée publique », *Les politiques sociales*, vol. 12, n° 1, p. 54-71.

Bidet A., Boutet M., Chave F., Gayet-Viaud C. et Le Méner E., 2015, « Publicité, sollicitation, intervention. Pistes pour une étude pragmatiste de l'expérience citoyenne », *SociologieS*, (en ligne) [<http://journals.openedition.org/sociologies/4941>].

Brandon I., 1994, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », in Benoit G., Brandon I., et Gillardin J., *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, p. 75-99.

Cardinal C., 2001, « La police, un intervenant de première ligne pour le réseau de la santé mentale », in Dorvil H. et Mayer R., *Problèmes sociaux — Études de cas et interventions sociales, Tome II*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 447-469.

Cefaï D. et Terzi C., 2012, « Micro-politique du trouble. Du trouble personnel au problème public. Note introductive des traducteurs », in Cefaï D. et Terzi C., *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 51-55.

De Clercq M. et Hoyois P., 1994, « La nouvelle loi du 26 juin 1990. Des mesures de collocation aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », in Benoit G., Brandon I. et Gillardin J., *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, p. 41-59.

DeFleur L., 1975, « Biasing influences on drug arrest records : Implications for deviance research », *American Sociological Review*, vol. 40, n° 1, p. 88-103.

Departement WVG, 2018, *Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*, Brussels, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, (en ligne) [<https://www.vlaanderen.be/publicaties/jaarverslag-omtrent-de-toepassing-van-de-wet-op-de-bescherming-van-de-persoon-van-de-geesteszieke-in-vlaanderen>] (27 novembre 2021).

Desmedt D., 1994, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », in Benoit G., Brandon I. et Gillardin J., *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, p. 149-64.

Ehrenberg A. et Lovell A., 2000, *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, éd. Odile Jacob.

Emerson R.M. et Messinger S.L., 1977, « The micro-politics of trouble », *Social Problems*, vol. 25, n° 2, p. 121-34.

Farge A., 2009, « Commentaire : Le corps, la parole et les affects : analyser leur surgissement à travers les archives de police », *L'Atelier du Centre de recherches historiques. Revue électronique du CRH*, 5, (en ligne) [<https://journals.openedition.org/acrh/1569>] (5 mai 2021).

Feys J.-L., 2014, « Quel système pour quelle classification psychiatrique ? De Linné à Schotte en passant par le DSM et Szondi », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 79, n° 1, p. 109-121.

Ginzburg C., 2010, *Mythes, emblèmes, traces : morphologie et histoire*, Lagrasse, éd. Verdier.

Goffman E., 1969, « The insanity of place », *Psychiatry*, vol. 32, n° 4, p. 357-388.

Goffman E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de Minuit.

- Goffman E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman E., 1986, « La condition de félicité — 2 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 65, n° 1, p. 87-98.
- Goffman E., 2013, *Comment se conduire dans les lieux publics : notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, éd. Economica.
- Gubrium J.F. et Holstein J. A., 1997, *The New Language of Qualitative Method*, New York, Oxford University Press.
- Hacking I., 2008, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, éd. La Découverte.
- Inami et Médecins du monde, 2014, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique* (en ligne) [<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>] (5 janvier 2020).
- Joseph I., 1996, « Intermittence et réciprocité », in Joseph I., *La folie dans la place : pathologies de l'interaction*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 17-36.
- Joseph I., 1998, *La ville sans qualités*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.
- LBSM, 2020, *Actes du colloque du 9 décembre 2019. Gouverner le soin, soigner à contrecourant*, Bruxelles, Ligue bruxelloise pour la santé mentale.
- LBSM, 2021, *Éléments d'attention sur les besoins en santé mentale — Note de recommandations — Février-Mars 2021*, Bruxelles, Ligue bruxelloise pour la santé mentale.
- Laberge D. et Morin D., 1993, « Troubles mentaux et intervention pénale ; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord », *Déviance et société*, vol. 17, n° 3, p. 309-48.
- Laberge D. et Robert M., 1992, « La judiciarisation de la santé mentale : profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, p. 31-46.
- Laberge D., Landreville P. et Morin D., 1995, *Maladie mentale et délinquance : deux figures de la déviance devant la justice pénale*, Montréal, Ottawa, Bruxelles, Les Presses de l'Université de Montréal, Les Presses de l'Université d'Ottawa, De Boeck Université.
- Lézé S., 2008, « Déviance émotionnelle et micropolitique du trouble. Éléments pour une théorie de l'autorité charismatique en psychanalyse », in Mauger G., Luis Moreno Pestaña J. et Roca I Escoda M., *Normes, déviances, insertions*, Genève, éd. Seismo, p. 71-86.
- Lovell A., 1996, « Mobilité des cadres et psychiatrie interstitielle », in Joseph I., *La folie dans la place : pathologies de l'interaction*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 59-85.
- Lynch M., 1983, « Accommodation practices: Vernacular treatments of madness », *Social Problems*, vol. 31, n° 2, p. 152-64.
- Majerus, B., 2013, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Menzies, R., 1987, « Psychiatrists in blue: Police apprehension of mental disorder and dangerousness », *Criminology*, vol. 25, n° 3, p. 429-454.
- Morin D., Landreville P. et Laberge D., 2000, « Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice », *Criminologie*, vol. 33, n° 2, p. 81-107.
- Moskos P., 2008, *Cop in the Hood: My Year Policing Baltimore's Eastern District*, Princeton, Princeton University Press.

Otero M., 2007, « Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, p. 51-78.

Otero M., 2010, « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles », *SociologieS*, (en ligne) [<http://sociologies.revues.org/3268>] (30 novembre 2021).

Ouellet G., Bernheim E. et Morin D., 2021, « “VU” pour vulnérable : la police à l’assaut des problèmes sociaux », *Champ pénal/ Penal field*, n° 24.

Parasie S., 2008, « Une poule devant un couteau ? », *Droit et société*, vol. 69-70, n° 2, p. 363-379.

Pence E., 2001, « Safety for battered women in a textually mediated legal system », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, vol. 7, n° 2, p. 199-229.

Printz A., 2021, « Psychiatrie hors les murs et signalement des citoyens », *Les politiques sociales*, vol. 1-2, n° 1-2, p. 128-39.

Printz A., 2023, « Le “traitement” des personnes malades mentales à l’heure de la désinstitutionnalisation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 54, n° 2, p. 55-79.

Printz A., 2024, « Formes élémentaires de la requête d’hospitalisation contrainte en psychiatrie par les proches : soigner la maladie, protéger la vie, réparer l’ordinaire familial » in Hachez I. et Marquis N., *Repenser l’institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap : Actes de la Conférence Alter 2022*, Bruxelles, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, p. 415-434.

Shalin D. N., 2014, « Goffman on mental illness: “Asylums” and “The insanity of place” revisited: Goffman on mental illness », *Symbolic Interaction*, vol. 37, n° 1, p. 122-144.

Simmel G., 1989, *Philosophie de la modernité. La femme, la ville, l’individualisme*, Paris, éd. Payot.

Smith D.E., 1978, « ‘K is mentally ill’ the anatomy of a factual account », *Sociology*, vol. 12, n° 1, p. 23-53.

Smith D.E., 2018, *L’ethnographie institutionnelle : une sociologie pour les gens*, Paris, éd. Economica.

Teplin L., 2000, « Keeping the peace: Police discretion and mentally ill persons », *National Institute of Justice Journal*, July, p. 8-15.

Van Hollebeke S., Berger M. et Carlier L., 2021, « Les espaces publics et leurs indésirables : interactions, institutions, politiques », *Les politiques sociales*, vol. 12, n° 1, p. 4-26.

NOTES

1. La mesure est définie par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux qui règle les modalités de l’hospitalisation psychiatrique contrainte en Belgique. Les critères procéduraux et substantiels de la loi pertinents dans le cadre de notre enquête sont brièvement présentés *infra*.

2. Ces difficultés tiennent à plusieurs facteurs, d’ordre institutionnel en particulier. Il n’existe par exemple, à notre connaissance, aucune instance chargée de la compilation centralisée de telles données en Région de Bruxelles-Capitale — à l’exception des chiffres, relativement sommaires, particulièrement dans le contexte pandémique, produits par le SPF Santé publique sur base du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) rempli par les hôpitaux. Dans un contexte concurrentiel de privatisation des institutions hospitalières, la fragilité de la concertation et de la collaboration entre les différents services chargés de l’expertise et de l’accueil des personnes mises en

observation rend impossible, pour l'instant, toute perspective de récolte et d'agrégation de données statistiques relatives à ces questions.

3. On gardera néanmoins à l'esprit que le contexte urbain de la région bruxelloise empêche une transposition directe de ces proportions.

4. On soulignera quand même certains travaux en français du GRAPP (UQAM) qui ont souligné à quel point « la police joue un rôle essentiel dans la définition des situations et dans la sélection des modes d'intervention » (Laberge et Morin, 1993, p. 311 ; voir aussi : Laberge *et al.*, 1995 ; Morin *et al.*, 2000). Pour des travaux plus récents, on se reporta également à Cardinal (2001) ; Otero (2007) ; Ouellet *et al.* (2021) ou Printz (2021).

5. L'expression de « fauteur de trouble » est la traduction proposée par Cefaï et Terzi (2012) à la notion de « *troublemaker* », relativement centrale dans l'article fondateur de la microsociologie du trouble d'Emerson et Messinger (1977).

6. Selon la table de conversion de la nomenclature des préventions qui reprend l'ensemble des « rubriques d'inculpation » et « codes de prévention » en usage. Disponible sur le site du ministère public [<https://www.om-mp.be/stat/jeu/f/nomenclat.html>].

7. Sur ces questions, on pourra lire Printz (2023) et Printz (2024).

8. Sur la question de l'indésirabilité urbaine, on se référera à l'article de Van Hollebeke *et al.* (2021).

9. À l'exception des quelques rares tentatives de suicide qui composent notre corpus, particulières de ce point de vue.

10. Goffman (1973) distingue trois procédés qui visent à atténuer la responsabilité morale de l'offenseur : l'excuse, la justification et la prière.

11. Les centres publics d'action sociale sont les organismes publics, organisés sur base communale, chargés de dispenser l'aide sociale en Belgique.

12. On touche ici à l'une des trois dimensions déterminantes (de l'intensité) du stigmate, celle de sa « notoriété » (Goffman, 1975). On notera aussi que les résultats concordent avec les conclusions d'autres types de travaux, notamment ceux de Danielle Laberge et Marie Robert (1992) qui insistaient sur le caractère déterminant des antécédents psychiatriques et pénaux dans le « traitement judiciaire des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ».

RÉSUMÉS

Dans cet article, nous nous intéressons aux signalements psychiatriques initiés à la suite de l'expérience d'un « trouble » dans l'espace public en région bruxelloise. Par l'analyse des rapports de police rédigés à la suite de ces interventions, nous entendons montrer les enjeux de la perception de troubles dans l'espace public ainsi que les réactions officielles et leurs conséquences. Le rapport de police qui émerge de ces séquences consiste en un déploiement de procédés textuels d'explicitation du travail d'enquête et des motifs du signalement par les membres du collectif constitué autour du trouble (passants, agents). À partir de l'examen de ces documents, il est possible de dessiner les traits typiques dans l'élaboration des comportements intolérables — et « psychiatisables » — dans l'espace public, ainsi que les enjeux de contrôle social et de protection de l'individu qui y sont articulés.

This article concerns psychiatric referral initiated following the experience of a trouble in the public space in the Brussels region. This type of referral to institutional parties aims very

concrete effects of reducing and containing the trouble. The police record from these sequences consists in textual procedures of explicitation of the motives. From the examination of these documents, it is possible to draw the typical features of intolerable – and so psychiatrisable – behaviour in the public space, and the social control issues articulated therein.

INDEX

Mots-clés : maladie mentale, trouble, vulnérabilité sociale, contrôle social, accès aux soins, espaces publics urbains

Keywords : mental illness, trouble, social vulnerability, social control, access to care, urban public spaces

AUTEUR

ANTOINE PRINTZ

antoine.printz@uclouvain.be