



**AXE 2 : L'accès au lieu de vie comme droit :
entre institutionnalisation et désinstitutionalisation**
Atelier 2.4 : L'accès à un lieu de vie : parcours, droits, et conditions sociales

Antoine Printz. CriDIS (UCLouvain).

Le droit au lieu de vie au carrefour de la maladie mentale et de la précarité sociale : chronique d'une hospitalisation sociale

Le 20 avril 2018, à 9h15, le parquet de Bruxelles ordonne qu'Éric V. soit mis en observation, c'est-à-dire hospitalisé de force pour des raisons psychiatriques. À côté des éléments d'identification de l'individu, jeune homme de 37 ans, né à Anderlecht, le document stipule la base légale d'une telle mesure, à savoir « les articles 1, 2, 4, 5, et 9 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹ ». Dans l'espace réservé aux attendus, le substitut du procureur du Roi a ajouté à la main « schizophrénie² ». En milieu de journée, conformément à « l'article 6 de l'Arrêté royal portant exécution de la loi du 26 juin 1990³ », une ambulance est requise pour le transport d'Éric V. vers le service psychiatrique fermé d'un grand hôpital général bruxellois.

La veille, en début d'après-midi, une patrouille de police est intervenue à son domicile, à la suite d'un nouvel appel de Pauline D., sa voisine, qui « [se plaignait] du comportement excessif et virulent de son voisin qui, après avoir entrepris de casser son mobilier d'intérieur [était] occupé à briser les vitres des fenêtres donnant sur le balcon de son habitation »⁴. Selon le procès-verbal d'intervention, les deux fonctionnaires de police trouvent l'appartement dans un état de « désordre complet [,] tout le mobilier [ayant été] cassé⁵ ».

¹ Procureur du Roi de Bruxelles, saisine, 20-04-18. Ci-après, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux sera désignée « loi PPMM ».

² *Id.*

³ Parquet du procureur du Roi de Bruxelles, réquisitoire de transfert et d'admission, 20-04-18.

⁴ Pauline D. (voisine), audition de police, 19-04-18.

⁵ Insp. M., procès-verbal, 19-04-18.

Face aux policiers, Éric V. exprime sa volonté d'être soumis à une consultation psychiatrique. Il est dès lors accompagné jusqu'au service d'urgence le plus proche. Sur place, il adopte « soudainement un comportement virulent et agressif à l'encontre du personnel présent⁶ ». Les policiers en réfèrent au parquet de Bruxelles qui donne l'instruction de lancer une *nixon*, la procédure bruxelloise pour procéder à une évaluation psychiatrique en vue d'informer la décision du parquet dans le processus judiciaire menant à une hospitalisation contrainte.

Éric V. est donc emmené devant l'équipe d'un service agréé souligne son « calme » et sa « présentation correcte » mais conclut néanmoins à la nécessité de son hospitalisation. Dans le rapport médical circonstancié, cet avis est justifié comme tel : « urgent → nouvelle crise clastique ce jour⁷ », en parfaite adéquation avec les prescriptions légales qui prévoient que « l'urgence doit ressortir [du] rapport⁸ ». Le droit belge consacre en effet l'exceptionnalité des modalités contraintes d'intervention psychiatrique, celles-ci devant être envisagée en dernier ressort et à défaut d'alternative⁹.

Droit(s) et prises en charge

Dans cette contribution, nous entendons remonter la trajectoire de cette hospitalisation, pour mettre en lumière le cycle des réparations infructueuses qui a mené à l'activation de cette mesure de « dernier recours » (Emerson 1981). Ce travail s'inspire du modèle de l'« histoire naturelle », centré sur une « approche définitionnelle » des problèmes sociaux (Cefaï & Terzi 2012), et visant au dégagement de trajectoires évolutives typiques à partir des histoires individuelles (Park 1970, p. xvii). La focale sera donc mise sur la constitution d'un cas de *personne malade mentale à protéger* au gré du travail interprétatif des personnes affectées.

Ce travail s'adossant à l'analyse d'un unique cas d'étude, il faut tenir compte de la mise en gardes d'E. Lemert (1951) sur l'inanité des prétentions à la montée en généralité théorique sur des bases empiriques aussi restreintes. De manière modeste, il s'agira alors d'informer conceptuellement un cas spécifique de vulnérabilité, et la manière dont il se *développe* au gré de l'action (plus ou moins collusoire) des « autres » du malade, intégrée au sein de cadres sociaux larges. Au modèle de l'« histoire naturelle », nous empruntons une manière de se saisir sociologiquement des problèmes sociaux. Il s'agit de faire la description séquencée d'un processus social par la mise en avant le travail interprétatif des personnes, en lien ou non avec des agences officielles.

Dans une perspective sociojuridique, l'intérêt sera tout particulièrement porté sur la manière dont le(s) droit(s) peuvent constituer des repères signifiants, ou des cadres déterminants, pour les personnes lorsqu'elles *interviennent* sur la vulnérabilité d'autrui. Cette approche devrait permettre de penser la question de la « performance culturelle du droit » dans la configuration de l'expérience des personnes, dans le travail de définition d'une situation problématique et d'identification des solutions acceptables (Gusfield 2009). Ainsi, nous

⁶ *Id.*

⁷ Dr T., rapport médical circonstancié, 19-04-18.

⁸ Article 9, alinéa 3 de la loi PPMM.

⁹ Outre les dispositions préliminaires de la loi PPMM, on renverra également aux alinéas 1er et 2 de l'article 8, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

pouvons documenter, depuis l'expérience des acteurs en situation et dans toute l'épaisseur du terrain, le processus historique de la juridicisation du champ de la santé mentale en Belgique, c'est-à-dire l'influence sur les pratiques qu'ont pu avoir la montée en puissance des référentiels juridiques et l'extension de l'idéal de la citoyenneté libérale (De Munck et al. 2003).

Considérations méthodologiques

Nous basons la reconstruction conceptuelle de la trajectoire sur les « traces » documentaires du traitement institutionnel du « cas » d'Éric V. ainsi que sur les comptes-rendus rétrospectifs son entourage.

D'une part, nous disposons d'une série de documents institutionnels, produits en tant qu'enregistrement des diverses étapes du traitement institutionnel de son « cas ». Il s'agit de l'ensemble des procès-verbaux, rapports médicaux et jugements liés à cette affaire, tels qu'ils sont conservés dans un « dossier aliéné » au service défense sociale du parquet de Bruxelles.

D'autre part, nous avons à disposition une série de comptes-rendus descriptifs du trouble, produits dans diverses occasions sociales, plus ou moins *naturelles* et généralement produites à l'attention de tiers.

La dimension rétrospective de ces comptes-rendus, délivrés (oralement ou par écrit) au cours d'entretien sociologique, de groupes de parole ou dans les cours d'action institutionnelle, soulève le premier problème méthodologique de la « reconstruction narrative » (Williams 1984). La manière de dire les situations passées est influencée par la connaissance des événements et les diverses médiations institutionnelles ultérieures. Le caractère éminemment contingent de la succession des événements telle qu'elle se construit dans les cours d'action tend à disparaître derrière des mises en récit linéaires, d'apparence nécessaire et rationnelle.

Deux autres problèmes méthodologiques sont soulevés par R. Emerson (2015) : la dimension « réactive » au contexte d'énonciation des comptes-rendus et leur dimension « sélective ». La maladie mentale s'inscrivant généralement dans un contexte initial de trouble interpersonnel, une perspective partielle est nécessairement partielle. Cette dimension est d'autant plus importante ici que le corpus constitué repose sur l'exclusion du discours d'Éric V. qui est de ce fait « foyer négatif » de l'ensemble des comptes-rendus. Le dispositif de recherche risque de reconduire, dans le champ qui lui est propre, l'indésirabilité d'Éric V. et la dénégation (du récit) de son expérience. La reconstruction de la trajectoire du trouble élaborée sur cette base est donc surdéterminée par l'histoire familiale de son appréhension. Dans la mesure où la capacité des proches à faire « relais » entre les personnes vulnérables et les lignes de soin est de plus en plus incluse au fonctionnement de l'action publique en santé mentale (Keywood 2003), ce *biais* ne nous semble cependant pas dénué de sens.

1. Tes états d'âme Éric

A posteriori, Carmen A. perçoit les premiers indices que son fils « commence à un petit peu dérailler¹⁰ » vers 2015 ou 2016. Lors de nos deux longs entretiens, la chronologie est un peu confuse. La perception que *quelque chose va mal* est initialement très vague. Cependant, à l'aide des autres « traces » dont nous disposons, il est possible d'identifier quelques incidents qui rompent le cours *normal* des choses, écorchant les définitions stabilisées des personnes et des engagements (Goffman 1989), provoquant le trouble. À ce moment, s'initie la séquence déclenchante de ce qu'on pourra reprendre a posteriori comme une lente désaffiliation sociale.

Éric V. est initialement un fils « bien parti » et « très sociable ». Tout son entourage semble s'y accorder. Pourtant, il démissionne successivement de plusieurs postes, pour des raisons « complètement incompréhensibles ». Parallèlement, sa relation avec sa compagne devient « très tendue », il se montre violent et est interpellé à deux reprises par la police. Elle met un terme à leur relation, le forçant à quitter l'appartement qu'ils partageaient. Il se trouve dorénavant sans logement et sans emploi, à l'âge de 34 ans.

À ce stade, son entourage n'inscrit pas le trouble dans un registre psychiatrique. Comme le dit sa mère, « il était encore pareil à ce que je connaissais sauf qu'il s'énervait très vite ! » Il s'agit d'une « mauvaise passe », sans que cette notion ne soit informée par des catégories médicales véritables.

On mettra ça sur le dos de la dépression, du stress, de problèmes de couple, et cetera. Donc on n'en tient pas trop compte. Il faut vraiment du temps pour se dire qu'il y a un problème.

Présomptions de capacité et responsabilité individuelle, coordonnées symboliques centrales de la citoyenneté libérale, sont les repères qui permettent de problématiser cet « état de faiblesse ». Dès lors, il faut essayer de lui « venir un peu en aide » tout en le « raisonnant ». Les manières de gérer cette « galère » sont calquées sur des raisonnements pratiques articulant une action familiale soutenante à des attentes qu'à terme, Éric V. soit capable de « se reprendre » et d'à nouveau « se débrouiller seul ». Carmen A. possède un appartement au neuvième étage d'un immeuble à Neder-Over-Heembeek, en région bruxelloise. Elle propose à son fils de l'habiter en échange d'un « petit loyer ».

Son entourage oscille entre l'espoir d'une amélioration à venir et une certaine condamnation morale de son état de dépendance. Ainsi, sa sœur soupçonne Éric V. de profiter de la situation. Certains proches trouvent son attitude ingrate à l'égard de l'aide apportée par sa mère. Suspicion et réprobation sont les marqueurs d'une problématisation du trouble encore

¹⁰ Carmen A., entretien, novembre 2020. Sauf indication contraire, dans le reste du texte, les termes placés entre guillemets sont issus de cet entretien.

très informée par un « modèle d'interprétation responsabilisante des conduites » (Genard 1999).

Je lui disais : « tu es là, tu as ton appartement, tu n'as pas à te soucier de ton logement ! Trouve-toi un boulot et c'est tout ce que tu as à faire ! C'est là-dessus que tu dois te concentrer ! »

Pourtant Éric V. ne se concentre pas, ni sur sa recherche d'emploi, ni sur la pacification de ses rapports avec ses proches. Malgré la mobilisation d'une série de ressources informelles (relationnelles, financières), on ne parvient pas au (r)établissement d'un état *convenable* des choses. Que du contraire ! Les personnes affectées par les comportements d'Éric V. sont de plus en plus nombreuses, suivant cette logique *excédentaire* du trouble qui « déborde » les cercles de sociabilité au sein desquels il avait initialement émergé (Berger 2020). « Il faisait la guerre à tout le monde ! » Progressivement, il se retranche dans son appartement heembeekois et coupe tout contact avec sa famille.

2. Tu divagues...

Ce n'est que deux ans plus tard que les conceptions du trouble se consolident réellement autour de repères psychiatriques. Comme le note E. Goffman (1973), « la perception qui reconstitue une offense ou une infraction en un symptôme médical a-moral est souvent très tardive » (p. 322). Le refus de communiquer, la méfiance, l'irritabilité et l'agressivité sont peu à peu perçus comme les signes d'un problème saisi en des termes de plus en plus proches de la « maladie mentale » ou du « trouble psychique ». Des amis rapportent à Carmen A. qu'il dit « des choses un peu décalées » et qu'il « parle bizarrement ». Son comportement à l'égard de sa famille évoque « une espèce de paranoïa ». On commence à se dire qu'il y a bien peut-être « quelque chose qui ne va pas ».

Vers la fin de l'année 2017, cette impression est confirmée par le comportement d'Éric V. sur les réseaux sociaux. Il y tient une page appelée « Erichao (a.k.a. O.G.) » sur laquelle il produit une masse impressionnante de contenus vidéos et graphiques. Cette activité numérique participe d'un déplacement de la ligne de partage entre privé et public, tout en accroissant radicalement le nombre des personnes spectatrices ou affectées¹¹.

Tous les jours, on voyait ce qu'il faisait, ce qu'il publiait. [...] Il n'y avait aucune réaction, parce que les gens avaient compris. Je ne comprenais pas qu'il ne réalisait pas qu'il était en train de dérapier. C'est là que j'ai eu pitié de lui, même. Parce que je me disais « là, c'est grave hein, tout le monde voit ses publications... » Je ne voulais plus regarder. Il se mettait en scène ! La honte ! [...] Facebook ne faisait rien [malgré nos demandes], qu'est-ce qu'il fallait faire ? Mon frère me disait d'aller chez lui et de frapper à la porte jusqu'à ce qu'il ouvre, mais le problème c'est que je n'avais pas envie non plus que tous les

¹¹ Sa page Facebook, « #ConsciencePodcast », compte encore 897 abonnés en avril 2021.

voisins soient au courant ! Parce que sur le même palier, vous aviez quatre voisins, qui eux déjà se plaignaient du bruit qu'il faisait.

En effet, les « délires » et les « problèmes » d'Éric V. ne se manifestent pas uniquement sur les réseaux sociaux. Dans l'immeuble, on commence à se plaindre du comportement « excessif » et « virulent »¹² de ce voisin. Lors de son audition à la police, Pauline D. explique qu'« au départ, les crises n'étaient pas régulières (c'était par période) mais par la suite la situation a pris de l'ampleur. [...] En plus de la destruction de mobilier, il hurle et crie pendant ses crises de démence. »¹³

Dans son entourage, un renversement normatif s'amorce sur base de ce diagnostic encore *profane*. Progressivement, l'hypothèse de capacité s'érode, ainsi que les repères juridiques et éthiques conventionnels qui étaient mobilisés jusque-là pour organiser la compréhension de ce qu'il se passait et imaginer des actions. Il devient de plus en plus clair qu'Éric « perd la raison », « qu'il dérape » et que cet état ne relève pas d'une seule « passe » qui pourrait être solutionnée par des moyens informels. Si au départ, on faisait face à une série d'événements privés, inscrits dans des coordonnées plutôt relationnelles (difficultés conjugales, difficultés familiales, difficultés avec la hiérarchie professionnelle), le trouble s'autonomise et sa qualification se consolide dans la dynamique de son débordement. Parce qu'il affecte, directement ou indirectement, de plus en plus de personnes, il est progressivement reconfiguré comme un problème en soi, comme un type de plus en plus « spécifique de déviance » dont la responsabilité du contrôle et du traitement est imputée à des agences officielles (Emerson & Messinger 1977).

3. De vague à l'âme en lame de fond

Carmen A. parle de la situation avec son médecin traitant et lui demande d'aller voir son fils pour une consultation. Il refuse cependant parce qu'Éric V. ne consent pas à le voir ; sur cette base, le médecin ne peut pas intervenir.

Une amie, infirmière dans un service psychiatrique, lui conseille de demander l'intervention d'une équipe mobile. Les démarches sont faites, l'équipe juge la situation suffisamment problématique pour intervenir à domicile. Cette intervention de l'équipe mobile se solde par un échec. Le rapport médical d'avril 2018 évoque succinctement la raison de ce revers : « monsieur n'a jamais ouvert la porte. »¹⁴ À trois reprises, l'équipe de soignants fait face à une porte close. Lors de la dernière tentative, Éric V. communique via l'interphone avec l'équipe. Il accuse avec virulence sa mère d'être responsable de ce qui arrive et exprime son refus de rencontrer les soignants. Carmen A. propose qu'on utilise sa clé, pour entrer malgré tout dans l'appartement et *forcer* son fils à entrer en contact. La proposition est refusée par les soignants, en droit belge « le patient a le droit de consentir librement à toute intervention »¹⁵.

¹² Insp. M., procès-verbal, 19-04-18.

¹³ Pauline D. (voisine), audition de police, 19-04-18.

¹⁴ Dr T., rapport médical circonstancié, 19-04-18.

¹⁵ Article 8., § 1^{er} de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

À ce stade, la situation ne peut être saisie dans le registre médical ou psychiatrique, son consentement au soin n'étant jamais exprimé. Ici, il importe de noter les tensions qui émergent entre ce qui apparaît de plus en plus comme un état de grande vulnérabilité et de dépendance, et l'idée de la « subjectivité légale » (Broekman 1986). Pour ses proches, Éric V. a manifestement besoin d'aide. Pourtant, il est en droit de la refuser, et les intervenants sont contraints de se plier à ce refus expresse. Plus encore, il faut souligner que cet écart entre les présuppositions du droit et l'expérience *réelle* des personnes affectées par l'état d'un proche qui « perd ses tartines¹⁶ » est tenable tant que des actions d'ajustement, d'administration et de réparation peuvent être mises en place. Ainsi, Éric V. est *capable juridiquement* de refuser les soins grâce aux actions compensatoires des personnes qui l'entourent ; quand sa mère met un appartement à sa disposition ou quand la concierge récupère les factures déchirées dans ses poubelles.

Du côté du trouble à l'ordre public, on ne manque par contre pas de prises sur la situation, devenue véritablement « insupportable¹⁷ » dans l'immeuble. De multiples interventions policières sont menées au domicile d'Éric V., principalement en raison des appels des voisins qui se plaignent des nuisances ou disent « avoir peur »¹⁸. Ces interventions opèrent dans un autre cadre normatif que celui du soin et de l'accompagnement. Carmen A. pointe notamment la prévalence des critères liés à la dangerosité qui empêche, selon elle, la prise en charge de son fils tant que les conséquences des conduites de son fils se maintiennent en-deçà d'un certain seuil. Elle évoque ainsi la fois où Éric V. aurait fait tomber des objets du 9^{ème} étage.

*La police a fait son constat, a vu que c'était tombé de chez lui. Ils savaient que c'était de chez lui ! Mais ils ont dit qu'il n'y avait personne qui avait été blessé. Donc il n'y avait rien. Il n'y a rien, il n'y a pas de suite ! Donc il fallait que ça tombe sur quelqu'un pour qu'on puisse intervenir. Il fallait attendre qu'il y ait un blessé, alors là...
(Carmen A. mai 2021)*

L'agente de quartier, très investie, évoque également cette impuissance policière dans l'une de ses nombreuses conversations virtuelles avec Carmen A. : « du côté de la police, à part aller le chercher quand il fait des crises, on ne sait rien faire¹⁹ ».

4. Quand tout s'enflamme

En février 2018, la police intervient une nouvelle fois après qu'Éric V. a cassé, très bruyamment semble-t-il, une porte vitrée dans son appartement. Ils l'interpellent et enclenchent une première procédure *nixon*, donnant lieu à une expertise psychiatrique. Sur celle-ci, on dispose de peu d'information : « expertise en février 2018 rendue négative²⁰ ».

¹⁶ Marie-France L. (attachée administrative au parquet de Bruxelles), carnet de terrain, juillet 2020.

¹⁷ Insp. R., procès-verbal, 16-04-18

¹⁸ Brigitte M. (voisine), lettre adressée à Carmen A., 18-04-18

¹⁹ Insp. B., conversation WhatsApp avec Carmen A., 28-03-18.

²⁰ Dr T., rapport médical circonstancié, 19-04-18.

Cette période comme étant marquée par le « désespoir » et la « peur ». Proches, intervenants et voisins sont démunis, leur capacité d'action étant restreinte.

Carmen A. pense pourtant qu'il faut que son fils « soit pris en charge par des spécialistes car il représente un danger pour lui-même et pour autrui²¹ ». Divers intermédiaires (soignants, agente de quartier, amie) lui conseillent d'envisager une mesure d'hospitalisation contrainte. En effet, il faut « l'arrêter pour le soigner ». On le voit, les échecs d'intervention successifs ont induit une reprise de la situation selon un nouveau cadrage. Dans le cadre du droit psychiatrique, rien ne semble pouvoir être opposé au refus de soin d'Éric V. si ce n'est un état de nécessité, basculant dans des mesures d'exception, indexées sur une condition légale que « son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui »²².

La mère d'Éric V. s'engage alors dans un travail de constitution d'un dossier de requête, qu'elle ira déposer auprès du juge de paix²³. Elle récolte des pièces et des témoignages, elle joint les photographies de l'appartement, prises un jour où son fils avait été emmené au poste. On lui conseille « d'insister [sur] danger que cet individu fait courir aux occupants de l'immeuble »²⁴, de « [ne pas hésiter à appuyer] sur le fait qu'[il] est vraiment en danger (il ne mange plus, il jette de choses par la fenêtre) »²⁵ ou encore de bien souligner « le fait qu'il a maigri »²⁶. Lorsqu'elle se rend au greffe de la justice de paix de Bruxelles (4^e canton) pour déposer le dossier ainsi constitué, le greffier la dissuade d'entamer une telle procédure, jugeant que les chances objectives qu'elle aboutisse sont très faibles.

Il me dit « parce que si vous déposez votre dossier ici, ça peut traîner d'abord... Et puis, ça peut être rejeté aussi ! Si les arguments ne sont pas assez solides, ça peut être rejeté ! Donc allez directement chez le procureur ! » (Carmen A. nov. 2020)

Insistant sur la nécessité de passer par la procédure d'urgence, le greffier va plus loin, conseillant à C. Alvarez d'engager une procédure d'expulsion contre son fils.

Le greffier m'a dit « eh bien vous devez le mettre dehors ! » J'ai dit « Mon fils dehors ? Moi-même je vais le mettre dehors ? Mais comment ça ? » Il m'a répondu « Vous devez faire... Vous devez le mettre à la rue ! Et quand il sera dans la rue, là il sera peut-être en danger... et hop, on va le cueillir ! » (Carmen A. nov. 2020)

Carmen A. se refuse à faire expulser son fils. Pourtant, le retranchement d'Éric V. devient très problématique, et pas uniquement du point de vue de l'accès aux soins. Elle s'en livre lors

²¹ Insp. G., procès-verbal, 31-03-18.

²² Article 2, alinéa 1^{er} de la loi PPMM.

²³ Il s'agit de la version « ordinaire » de la mesure, prévue par l'article 5 de la loi PPMM.

²⁴ Jean-Paul D. (voisin), courriel adressé à Carmen A., 21-03-18.

²⁵ Insp. B., conversation WhatsApp avec Carmen A., date inconnue.

²⁶ Carmen A., entretien, novembre 2020.

d'une audition spontanée à la police, son fils « commence à ne plus payer le loyer et n'accepte pas de recevoir des personnes dans son appartement (étant propriétaire de l'appartement je risque une grosse amende car [il] n'a pas voulu ouvrir la porte aux ouvriers qui devaient pulvériser du produit pour la lutte anti-cafard) »²⁷. En outre, le « syndic de la copropriété [l'] interpelle régulièrement au sujet du comportement [d'Éric V.], lequel ne cesse de violer le règlement d'ordre intérieur. »²⁸ Une plainte est déposée le 27 mars 2018 que la police « n'acte pas [...] car il n'y a pas de dégâts dans les communs²⁹ ». Un habitant au 8^{ème} étage explique dans une lettre jointe à la requête qu'« il ne fait plus bon vivre à l'avenue Distel 29³⁰ ». Pauline D. explique à la police qu'elle vit une « situation tellement insupportable [qu'elle] vient de mettre son appartement en vente car il lui est impossible de continuer dans cet immeuble et dans de telles conditions³¹ ». L'enquête de voisinage réalisée lors de l'intervention d'avril constatera que « la concierge de l'immeuble est à bout moralement de cette situation ainsi que les autres résidents de l'immeuble³² ».

5. Des lassos qui tournoient et s'entrelacent

« Je l'ai vu attaché à son lit, ça m'a fait un choc ! » explique Carmen A. lors d'un groupe de parole organisé par une association de proches de personnes atteintes de troubles psychiques³³. C'est comme cela qu'elle évoque, un an et demi plus tard, sa première visite à son fils après l'intervention de la police et son hospitalisation contrainte. Ce dernier est en effet « contentonné dans sa chambre » et a dû « être sédaté » parce qu'il aurait fait preuve d'« une forte agressivité » à son arrivée dans le service, tentant d'« enfermer un soignant dans sa chambre »³⁴.

L'audience du 25 mai se déroule d'ailleurs en son absence. La psychiatre y exprime un certain doute par rapport à la présence d'Éric V. dans son service. Le rapport d'expertise n'ayant pas encore été transmis, elle manque d'éléments. Elle signale toutefois qu'il s'agit d'« un patient qui donne bien le change, mais est relativement incohérent quand même. »³⁵ Lorsque l'avocat d'Éric V., désigné d'office³⁶, est ensuite invité à intervenir, il le fait de manière succincte, et dans un registre argumentaire ne mobilisant pas de références juridiques directes.

Monsieur dit qu'on lui donne des soins de force, il refuse. Mais j'entends ce que dit la psychiatre, et le besoin de temps ici. C'est d'autant plus vrai qu'il est en procédure d'exclusion de son

²⁷ Carmen A., audition de police, 31-03-18.

²⁸ Me F. (avocat de Carmen A.), mémo, date inconnue.

²⁹ Insp. B., conversation WhatsApp avec Carmen A, 28-03-18.

³⁰ Joseph Y. (voisin), lettre adressée à Carmen A., 12-04-18.

³¹ Pauline D. (voisine), audition, 16-04-18.

³² Insp. M., enquête de voisinage, 19-04-18.

³³ Carmen A., groupe de parole, novembre 2020.

³⁴ Dr P., audience de justice de paix, 25-04-18.

³⁵ Dr P., audience de justice de paix, 25-04-18.

³⁶ Article 7, § 1^{er} de la loi PPMM.

appartement. Où peut-il aller sinon ici ? (Me G., audience de justice de paix, avril 2018)

Carmen A. et son avocat ont en effet introduit, par citation d'huissier, une procédure d'expulsion auprès du juge de paix de Bruxelles (4^e canton), demandant des débats succincts³⁷. Ils arguent de l'urgence d'une décision qui empêche Éric V. d'accéder à l'appartement afin d'« éviter tout futur incident qui pourrait se révéler catastrophique », estimant en outre que « le cité ne peut plus vivre seul et doit être pris en charge par une structure adéquate »³⁸.

Ce problème de logement semble être décisif dans la décision de la juge de paix de Saint-Josse-Ten-Noode. Elle décide cependant de l'hospitalisation contrainte tout en confessant n'être pas absolument certaine de son bienfondé en l'espèce. La psychiatre dit partager cette hésitation mais explique avoir besoin de temps. Le patient est arrivé il y a cinq jours et est « violent » depuis. Jusqu'à présent, aucun moyen de procéder à des examens supplémentaires. Carmen A. l'interrompt pour la questionner sur le diagnostic ; elle répond : « après cinq jours, c'est difficile. C'est pour ça que nous demandons les 40 jours... »

Le 8 mai, le greffe de la justice de paix de Saint-Josse-Ten-Noode reçoit un « certificat circonstancié du Docteur GUIGNOLE Erwan, médecin psychiatre de cet établissement, concluant [...] à la nécessité du maintien de l'hospitalisation [...] ainsi que prévu par l'article 13 de la loi du 26 juin 1990 ». L'audience est fixée le 23 mai 2018 à 13h00 pour que le juge puisse procéder à la « visite de la personne dont le maintien en institution est sollicité »³⁹. À cette audience, en réponse à une question de la juge, Éric V. dit estimer que sa place est à l'hôpital, le temps de retrouver un « équilibre » et un « projet de sortie ». Il voudrait cependant pouvoir faire des petites sorties – cela fait plus d'un mois qu'il n'a pu sortir à l'air libre. La juge se tourne vers la psychiatre à sa gauche : « ça, il va falloir voir avec le médecin ! » Celle-ci indique envisager des sorties à partir du lendemain. La magistrate souriante pivote vers Éric V. qui lui fait face : « Vous avez entendu ? », il répond : « Oui, c'est positif ! Ça me fait plaisir ! »⁴⁰

Le 27 juin 2018, Éric V. est condamné par le juge de paix de Bruxelles (4^e canton) à « libérer [les lieux] et les remettre à la libre et entière disposition de la partie demanderesse pour le 30 Juin 2018 au plus tard. »⁴¹ Quelques jours plus tard, il quitte le service fermé pour une hospitalisation volontaire dans une clinique bruxelloise. Après quelques mois, il est accueilli dans une initiative d'habitation protégée (IHP). À ce moment-là, ayant été en incapacité de travail pendant plus d'un an, son statut d'invalidé est reconnu par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI). Il bénéficie depuis d'une allocation de remplacement de revenu, gérée par son administratrice de biens.

Depuis, Carmen A. voit de temps en temps son fils. Elle le trouve un peu distant, il ne lui a jamais présenté son colocataire ni montré son nouvel appartement. Elle essaie de « garder

³⁷ Article 735 du Code judiciaire.

³⁸ Me F. (avocat de Carmen A.), procédure d'expulsion, date inconnue.

³⁹ Madison S. (greffier délégué) et Gary P. (juge de paix), ordonnance de fixation, 08-05-18.

⁴⁰ Éric V., audience de justice de paix, 23-05-18.

⁴¹ Georges L. (greffier délégué) et Chantal H. (juge de paix), jugement d'expulsion, 27-06-18.

un contact avec lui en lui déposant un repas chaud une fois par semaine »⁴². Elle note alors qu'il va un peu mieux. Elle n'a par contre aucune communication avec l'équipe soignante, ce qu'elle regrette.

Le défi de la maladie mentale et de la vulnérabilité

Le droit repose sur des conceptions de l'individu et du collectif, et des principes quant à leur mode de (dé)liaison. La codification juridique des relations et pratiques sociales charrie certaines présuppositions éthiques ou valeurs morales. Ainsi, l'autonomie et la souveraineté individuelles semblent être des traits centraux des différentes références normatives qui jalonnent la trajectoire individuelle présentée. Jusqu'au moment du renversement normatif qui procède de la redéfinition sécuritaire du trouble, ce sont les *mythes* juridiques du « sujet libéral » et de l'égalité formelle qui prévalent pour appréhender les situations (Fineman 2013). Partant, rôles, droits, obligations et pouvoir d'action sont distribués en vertu de l'affirmation du caractère privé du problème d'Éric V., donc de l'hypothèse de sa responsabilité individuelle. Aucune responsabilité politique n'incombe véritablement aux pouvoirs publics, tout au plus éventuellement des obligations morales pour ses proches, soutenue par des conceptions de *ce qu'est* une famille (Holstein 1988) ou simplement induites par des nécessités de réparer les « ravages » causés par le trouble (Goffman 1973).

Cette trajectoire d'Éric V., aussi singulière soit-elle, permet de montrer le « défi » que posent les vulnérabilités psychiques ou les états de dépendance du point de vue juridique. Le risque majeur, illustré ici me semble-t-il, est que l'attitude « démocratique », bien sûr nécessaire à l'égard des différentes formes de vulnérabilité, ne débouche finalement sur une attitude « complaisante », parce que formelle⁴³. Le propre de nos sociétés démocratiques a été une extension radicale de la communauté politique, consacrant les droits pour tou-te-s à la faveur d'une « anthropologie conjonctive » (Genard 2007). Les droits fondamentaux s'adressent de manière indifférenciée à une série de publics qui en étaient initialement exclus. Cependant, sans mesures compensatoires qui tiennent compte des conditions concrètes et des capacités réelles des personnes dans l'exercice des droits (Nussbaum 2009), nous ne sommes pas exempts de passer de l'indifférenciation du traitement à l'indifférence de traitement.

Bibliographie

Berger, M. (2020) « Locked together screaming : Une assemblée municipale américaine enfermée dans l'offense ». *Les émotions collectives : En quête d'un « objet » impossible*, Kaufmann, L. et L. Quéré (éd.), Éditions de l'EHESS, p. 381-417.

⁴² Carmen A., groupe de parole, novembre 2020.

⁴³ Goffman (1973)

- Broekman, J. (1986) « Legal Subjectivity as a Precondition for the Intertwinement of Law and the Welfare State ». *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Teubner, G. (éd.), de Gruyter, p. 76-108.
- Cefaï, D. (2012) « Sociologie des problèmes sociaux : un modèle d'histoire naturelle. Note introductive du traducteur. » *L'expérience des problèmes publics*, Cefaï, D. et C. Terzi (éd.), Éditions de l'EHESS, p. 81-85.
- Emerson, R. (1981) « On Last Resorts ». *American Journal of Sociology*, vol. 87, n° 1, University of Chicago Press, 1981, p. 1-22.
- Emerson, R. (2015) *Everyday Troubles. The MicroPolitics of Interpersonal Conflict*. University of Chicago Press.
- Emerson, R., et S. Messinger (1977) « The Micro-Politics of Trouble ». *Social Problems*, vol. 25, n° 2, p. 121-134.
- Fineman, M. (2013) « Equality, Autonomy, and the Vulnerable Subject in Law and Politics ». *Vulnerability: reflections on a new ethical foundation for law and politics*, Fineman, M. et A. Gear (éd.), Ashgate, p. 13-27.
- Genard, J.-L. (1999) *La grammaire de la responsabilité*. Cerf.
- Genard, J.-L. (2007) « Une mutation anthropologique ? » *La Revue Nouvelle*, n° 10, p. 30-39.
- Goffman, E. (1973) *La Présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne II. Les relations en public*. Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1989) « Calmer le jobard : quelques aspects de l'adaptation à l'échec ». *Le Parler frais d'Erving Goffman : colloque de Cerisy*, Éditions de Minuit, p. 277-300.
- Gusfield, J. (2009) *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Economica.
- Holstein, J. (1988) « Studying Family Usage: Family Image and Discourse in Mental Hospitalization Decisions ». *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 17, n° 3, p. 261-284.
- Keywood, K. (2003) « Gatekeepers, Proxies, Advocates? The Evolving Role of Carers under Mental Health and Mental Incapacity Law Reforms ». *Journal of Social Welfare and Family Law*, vol. 25, n° 4, p. 355-368.
- Lemert, E. (1951) « Is There a Natural History of Social Problems? » *American Sociological Review*, vol. 16, n° 2, p. 217-223.
- Nussbaum, M. (2009) « The Capabilities of People with Cognitive Disabilities ». *Metaphilosophy*, vol. 40, n° 3-4, p. 331-351.
- Park, R. (1970) « Introduction ». *The Natural History of Revolution*, par Lyford Paterson Edwards, Chicago, University of Chicago Press, p. xv-xix.
- Williams, G. (1984) « The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-Construction ». *Sociology of Health & Illness*, vol. 6, n° 2, p. 175-200.