

Résumé

Plusieurs balises juridiques agissent en périphérie de la pratique infirmière en contexte médico-légal. Ces dernières créent différentes obligations professionnelles et sont susceptibles de porter atteinte aux droits des usagers. Elles questionnent de ce fait les principes d'advocacy et de justice sociale fondamentaux à la profession. Si certaines approches méthodologiques permettent d'informer le domaine du droit de faits sociaux, les approches permettant d'étudier l'influence des normes juridiques sur la pratique professionnelle sont plus rares. Cet article a pour but de discuter de la pertinence de l'analyse sociojuridique pour le développement de savoirs en soins infirmiers médico-légaux. Il suggère un cadre d'analyse pertinent afin d'étudier les transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques. Cette méthodologie étant intimement liée à la défense des intérêts et des usagers et à la lutte contre les processus de discrimination et de marginalisation, ses affinités au paradigme des théories critiques sont également discutées.

Mots-clés advocacy, analyse sociojuridique, droits des personnes, justice sociale, soins infirmiers médico-légaux

Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière : Une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique

PIERRE PARISEAU-LEGAULT

Introduction

Nul besoin de rappeler que la notion d'*advocacy* est centrale à la profession infirmière : elle engage le soignant vers la défense de l'intérêt des usagers,[1,2] rappelant le caractère profondément politique de l'acte de soin.[3] En contextes psychiatrique et médico-légal, cette notion est d'une importance particulière. En effet, ces situations placent bien souvent le soignant au carrefour de considérations à la fois cliniques et juridiques. Plusieurs lois, bien souvent des lois d'exception, accordent des pouvoirs aux professionnels de la santé et leur attribuent également différentes obligations. Elles nécessitent que l'infirmière ait une connaissance

adéquate des exceptions à la confidentialité,[4] qu'elle apprécie la dangerosité d'une personne pour elle-même ou pour autrui,[5,6] qu'elle apprécie également la capacité de la personne à consentir à des soins de santé qui relèvent de son champ de compétence ou qu'elle participe à une telle appréciation en contexte interdisciplinaire.[7,8] Ces situations ne sont pas sans créer de dilemmes importants, particulièrement lorsque la culture de soin se rapproche d'une culture carcérale totalisante.[9] Lorsque le contexte clinique s'écarter de ses représentations les plus idéales, l'acte de soin peut conséquemment priver la personne de certains de ses droits fondamentaux.

Étrangement, nous observons que peu d'études issues du domaine des sciences infirmières accordent une importance aux paramètres juridiques qui balisent l'exercice de la profession. Ils ont pourtant une influence certaine sur la manière dont s'opérationnalisent les soins infirmiers, dont les soins infirmiers médico-légaux. Les effets concrets des transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques sont nombreux, bien que peu documentés.

Par exemple, certains auteurs ont constaté la présence d'une réduction clinique du principe d'autonomie.[10] Cet amenuisement aurait été réalisé à partir de l'importation de différentes règles établies par le droit et la jurisprudence à l'égard de l'évaluation de l'aptitude à consentir à un soin de santé.[10] D'autres chercheurs ont plutôt cherché à mieux comprendre l'effet du processus d'appropriation des normes juridiques par le domaine clinique, notamment à propos de l'aptitude à consentir à un soin et plus largement sur l'exercice de l'autonomie de l'utilisateur.[11,12] Certains chercheurs font également état de points de convergence et d'une relative ambiguïté entre le rôle policier et la pratique soignante psychiatrique en contexte communautaire.[13] Au Québec, différentes études et rapports relèvent finalement d'importantes difficultés d'application des lois d'exception, dont la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après LP38) ou visant la protection de l'enfance.[14,15] À notre avis, la persistance de ces difficultés s'explique en partie par un cloisonnement disciplinaire persistant entre les domaines du droit et de la pratique professionnelle, dont la pratique infirmière.

Ce cloisonnement nous semble contre-productif, car si le droit revêt un caractère profondément affirmatif distinguant l'acceptable de l'inacceptable et le permis du proscrit, il informe également les professionnels de la santé de paramètres essentiels à leur pratique. Parce qu'il attribue à ces derniers différentes obligations légales, nous remarquons que le domaine du droit est susceptible d'investir la pratique soignante et d'en modifier profondément sa morphologie. Sans prétendre que les infirmières interprètent la loi, nous observons qu'elles doivent quotidiennement appliquer plusieurs d'entre elles. La connaissance et la maîtrise des dimensions juridiques associées à leur pratique nous semblent conséquemment essentielles. Ces compétences sont également essentielles au respect de certains principes fondamentaux à la profession, notamment l'advocacy et la justice sociale. Par exemple, nous observons qu'il existe une différence importante entre la connaissance littérale des droits des usagers et leur défense. La première dimension n'est à notre avis pas suffisante en elle-même afin de garder vivant le principe d'advocacy, alors que la seconde suggère une contextualisation des conditions d'existence de ces droits et de leur expression.

Ces éléments réaffirment la nécessité, pour la pratique infirmière, d'une étude plus approfondie des conditions d'application de différents paramètres juridiques, des conditions d'affirmation ou d'atteinte de certains droits

fondamentaux et de la démarche clinique associée à la reconnaissance de ces derniers. Les situations précitées évoquent également la pertinence d'une analyse plus soutenue des transactions s'opérant entre le domaine juridique et le domaine clinique.

Le présent article postule que l'analyse sociojuridique (ci-après ASJ) est susceptible de favoriser une meilleure compréhension de ces transactions. Afin de réaliser cette démonstration, nous clarifierons dans un premier temps ce qui est entendu par « contexte médico-légal » ainsi que l'importance des principes d'advocacy et de justice sociale pour les soins infirmiers qui en découlent. Nous discuterons ensuite de l'utilité de l'ASJ pour la recherche en soins infirmiers, ainsi que de ses fondements théoriques. Cette discussion sera complétée par un survol des arrimages cliniques potentiels qu'offre cette approche. Notre argumentaire s'appuiera de manière transversale par une analyse théorique des différentes difficultés d'application de la LP38.

Soins infirmiers en contexte médico-légal : paramètres et ambiguïtés

Ce que nous entendons par « soins infirmiers médico-légaux » varie selon les juridictions et les lieux de pratique de l'infirmière. Aux États-Unis, ce champ d'intervention est particulièrement développé. Quatre domaines d'intervention sont identifiés,[16] soit en contexte de violence interpersonnelle, en milieu correctionnel, en contexte d'agression sexuelle et lors d'enquêtes médico-légales. L'infirmière peut exercer différents rôles au sein de ces domaines, que ce soit par exemple à l'égard de consultations médico-légales, de l'évaluation clinique et d'interventions plus spécialisées.[17]

Au Canada, certaines infirmières militent afin que cette pratique soit mieux reconnue, notamment à l'égard de la pratique infirmière en contexte d'agression sexuelle.[18] Au Québec, plus particulièrement, il semble n'exister à ce jour aucune reconnaissance explicite du champ de pratique en soins infirmiers médico-légaux. Cette situation n'est pas sans créer une relative ambiguïté, dans la mesure où le personnel infirmier œuvre activement au sein de milieux correctionnels ainsi qu'en psychiatrie légale. Dans ces milieux, l'absence d'une conceptualisation claire de leur rôle et d'un processus éducatif conséquent peut créer une véritable rupture identitaire. Cette rupture éloigne l'infirmière d'une culture de soin au profit d'une culture typiquement carcérale.[9]

Notre approche des dimensions médico-légales de la pratique infirmière est éclectique. Elle ne cible pas un lieu d'exercice en particulier, mais plutôt différents contextes cliniques

où des processus légaux chevauchent les soins offerts aux usagers. Au Québec, l'application de différentes lois ne relève pas d'un champ de pratique spécifique, mais est au contraire atomisée et généralisée à plusieurs professionnels de la santé. Ces lois leur attribuent différents pouvoirs, mais également plusieurs obligations. Dans leur pratique courante, ces professionnels ont par exemple l'obligation de signaler aux autorités compétentes différentes situations cliniques pouvant compromettre le développement d'un enfant, sans toutefois faire enquête à ce sujet.[15,19] Ils accompagnent également l'utilisateur et sa famille lorsqu'une hospitalisation est imposée, notamment lorsque l'absence de consentement à l'hospitalisation s'adjoint d'un état mental présentant une dangerosité pour la personne ou pour autrui.[5] Ils doivent également connaître les exceptions au secret professionnel et ses conditions d'application lorsque, par exemple, il est nécessaire de prévenir un acte de violence.[4] Ces contextes de soin sont nombreux et peuvent s'éloigner de la pratique infirmière typiquement médico-légale, par exemple en milieu correctionnel ou en psychiatrie légale. L'approche discutée au cours des prochains paragraphes n'est donc pas limitée à ces milieux. Elle propose l'étude de l'intersection des processus caritatifs et des processus légaux afin de mieux comprendre comment l'infirmière en vient à atteindre, défendre, faciliter l'expression et représenter les droits des usagers.

Penser l'advocacy à partir de la justice sociale

Les infirmières œuvrant en contexte médico-légal sont bien souvent placées au cœur et au front de ces situations de soins complexes ayant un impact direct sur les droits des usagers. Ces situations mobilisent les principes d'advocacy et de justice sociale, qui sont des éléments essentiels à la profession. Malgré leur importance, le sens profond de ces deux principes est actuellement débattu[2] et le risque de rupture identitaire en contexte médico-légal réaffirme l'exigence d'un tel débat.[9]

L'advocacy réfère généralement à la défense des intérêts de l'utilisateur et de son bien-être, à son accompagnement au sein du processus décisionnel, ainsi qu'au devoir de soin qui incombe aux infirmières à l'égard des besoins de ce dernier.[1,2] Certains auteurs soulignent l'ambiguïté du sens accordé à ce concept, notamment en raison de sa difficile confrontation à la culture institutionnelle et de la mince frontière séparant ce principe du paternalisme médical.[2] D'autres auteurs ont exposé l'intrication de cette notion au principe de justice sociale, ce qui permet à la pratique infirmière d'aller au-delà d'une approche strictement

individuelle afin d'exposer les injustices structurelles pouvant affecter la santé et les droits des usagers.[20,21] Quant à la justice sociale, elle comprend non seulement les notions d'égalité et d'équité, mais réfère également à un idéal de justice représenté au sein de différentes pratiques, institutions, systèmes, processus et politiques ciblant les usagers et permettant de tendre vers l'optimisation de leur bien-être.[22]

Notre positionnement à cet égard reconnaît l'intrication des principes d'advocacy et de justice sociale. Ainsi, la défense de l'intérêt de l'utilisateur n'est envisageable que si les effets potentiellement oppressants de certaines structures sociales sont également questionnés. Cette posture implique de définir l'advocacy comme une action réfléchie, dirigée vers différents acteurs, institutions ou systèmes et par laquelle l'infirmière contribue à des changements durables contribuant à la réduction des iniquités de santé. Cette pratique ne peut conséquemment être réfléchie qu'à partir de la justice sociale, soit par une problématisation conditions d'existence du bien-être des personnes et (par extension) de leurs droits.

Cette posture est justifiée par la manière dont s'opèrent ces deux principes au quotidien de la pratique infirmière.[2] En plus de mobiliser leurs obligations légales, les contextes de soin précités incitent l'infirmière à éduquer, accompagner et défendre l'intérêt des usagers en situation de marginalité et souvent exposés à différents processus de judiciarisation. Cela est notamment applicable aux soins offerts aux utilisateurs de drogues injectables, aux soins infirmiers de rue offerts aux personnes en situation d'itinérance,[23] ainsi qu'aux personnes affectées par le processus de criminalisation de l'exposition au virus de l'immunodéficience humaine.[24] Cette thématique a d'ailleurs récemment incité différents chercheurs à l'élaboration d'un dialogue plus soutenu entre les domaines du droit et de la santé.[25]

Ces différents exemples illustrent l'influence certaine du droit sur la morphologie de la pratique soignante, mais exposent également le processus pouvant mener l'infirmière à atteindre ou défendre différents droits fondamentaux des usagers. Cette situation est intimement liée à des enjeux politiques spécifiques, notamment la lutte contre la discrimination ciblant certains groupes en situation de marginalité, ainsi qu'à la reconnaissance de leurs droits. Afin d'appuyer notre réflexion, qui suggère la pertinence de l'ASJ comme approche méthodologique en sciences infirmières, nous prendrons appui sur les difficultés d'application de la LP38 et du régime de gardes en établissement lui étant associé.

Précisions sur la notion de « dangerosité » en raison de l'état mental

La LP38 est une loi d'exception de la province du Québec (Canada) qui, comme son nom l'indique, vise la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.[5] Utilisée en dernier recours, elle complète les dispositions du Code Civil du Québec et prévoit différentes modalités permettant le maintien forcé en établissement de santé et l'évaluation psychiatrique de certains usagers. Le critère de la dangerosité, qui sera explicité au cours des prochains paragraphes, en constitue la pierre angulaire : il permet de maintenir une personne contre son gré en établissement de santé pour une durée de 72 heures lorsque le danger qu'elle présente en raison de son état mental est jugé grave et immédiat (ce processus est couramment appelé « garde préventive »), d'imposer à la personne un maintien en établissement de santé afin de procéder à son évaluation psychiatrique (ce processus est couramment appelé « garde provisoire » : il peut succéder à la garde préventive ou être directement autorisé par le tribunal) et d'imposer à la personne un maintien prolongé en établissement de santé (soit, la « garde en établissement »).[5,26] Cette loi balise également les délais et procédures à respecter pour chaque type de garde, les informations devant être communiquées aux personnes ciblées par ces procédures ainsi que leur droit de communiquer en toute confidentialité avec les personnes de leur choix.[5]

Nous verrons qu'au fil des années, plusieurs difficultés d'application de cette loi ont été constatées. En effet, malgré que la LP38 soit une loi d'exception exigeant une grande prudence lors de son application, plusieurs auteurs ont observé des manquements importants à ses principes directeurs. Ces manquements concernent la pratique

infirmière, puisqu'ils relèvent des procédures établies par la loi et appliquées au sein du domaine clinique, ainsi que de la documentation des soins offerts dans un tel contexte. En prenant acte des pouvoirs attribués à différents acteurs, dont aux infirmières, ces éléments contribuent à questionner l'impact de la culture des soins psychiatriques sur ces difficultés. Ces éléments nous aideront à exposer différentes problématiques découlant d'une application littérale de différentes règles de droit dans la pratique, mais également à mettre en valeur l'utilité apparente de l'ASJ comme approche méthodologique.

L'analyse sociojuridique : quels usages ?

La recherche sociojuridique est un champ bien établi. Cette dernière s'inscrit généralement au sein d'une démarche interdisciplinaire et combine les connaissances du domaine du droit à celles de différentes disciplines, dont la sociologie.[27,28] Elle s'insère au sein de différentes approches, dont les *Critical Legal Studies*, qui adoptent une posture sensible à l'exercice des relations de pouvoir au sein des lois et qui en viennent à contester leur objectivité. Nous notons toutefois que bien que la recherche sociojuridique utilise une approche interdisciplinaire, elle semble s'opérer de manière unidirectionnelle afin d'informer le domaine du droit de différents phénomènes sociaux.

Comme nous l'avons précédemment exprimé, le postulat central de cet article suggère, à l'inverse, que le droit peut également informer d'autres disciplines dont les sciences infirmières. Notre position relève du pluralisme normatif,[28 p38] référant à « [...] un ensemble de normes complexes, issues de diverses sources et s'imposant avec une force variable, dont les substances peuvent se faire face, voire se heurter. » Nous suggérons que les perspectives juridiques et sociologiques du droit convergent vers des

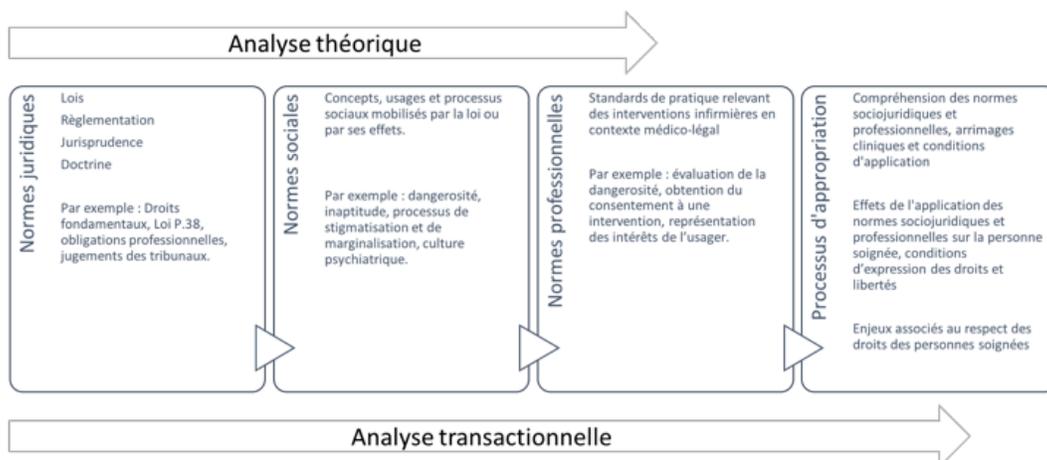


Figure 1. Procédé méthodologique de l'analyse sociojuridique

pratiques soignantes étant profondément investies par la superposition de ces normes et s'appropriant parallèlement ces dernières. Ainsi, nous définissons l'ASJ comme étant l'analyse comparative de différentes normes, qu'elles soient juridiques, sociales ou professionnelles, de leurs effets sur la personne ou de leur processus d'appropriation par la pratique soignante (Figure 1).

Deux niveaux d'analyse peuvent caractériser l'ASJ. De manière transversale, ces deux modes d'analyse devraient minimalement intégrer l'étude de l'interface et des interactions entre les normes juridiques, sociales et professionnelles. Le premier mode, employé au sein de cet article, est théorique et relève de l'étude des interactions entre ces différentes normes, sans toutefois les confronter à leur usage au sein des pratiques professionnelles actuelles. Ce type d'analyse est particulièrement utile lorsque différentes difficultés d'application des lois ou atteintes aux droits des usagers sont constatées et documentées. Elle permet une appréciation générale des liens unissant ces enjeux à la pratique soignante, mais demeure essentiellement exploratoire. Le second est transactionnel et engage la recherche vers l'analyse des processus d'appropriation découlant de ces mêmes normes auprès de la personne soignée ou au sein de la pratique professionnelle. Une telle démarche nécessite d'analyser les données empiriques récoltées à la lumière des normes juridiques, sociales et professionnelles et d'employer différents outils de collecte de données à cette fin. Contrairement à l'analyse théorique, l'analyse transactionnelle soutient l'étude du processus d'appropriation normative, soit une exploration de la manière dont ces normes s'intègrent à l'identité individuelle ou professionnelle, adoptent un sens particulier, sont contestées ou au contraire légitimées (Fig. 1).

Proposition méthodologique

Il est également utile de déterminer comment l'ASJ pourrait participer à l'évolution des connaissances en sciences infirmières et parallèlement conserver un caractère profondément interdisciplinaire. Notre proposition positionne cette approche méthodologique au sein de la discipline infirmière, non pas afin d'ouvrir vers l'étude du droit, mais plutôt dans le but d'analyser l'impact des normes juridiques sur la pratique soignante. Il nous semble que cette proposition soit susceptible d'exposer la pertinence de l'ASJ au sein du domaine des sciences infirmières afin qu'elle puisse favoriser l'émergence de nouvelles connaissances utiles à son évolution.

Un premier élément de clarification relève des paramètres méthodologiques qui seraient les plus appropriés à l'ASJ. À

notre avis, deux critères pourraient qualifier cette approche. L'un pourrait relever du processus d'analyse déployé et l'autre, de la nature des sources consultées. Avant tout, il nous semble qu'une flexibilité méthodologique reste de mise, puisque différents auteurs semblent utiliser l'ASJ seule [12,29] alors qu'elle pourrait également agir à titre de complément à d'autres méthodologies courantes. Par exemple, l'étude des effets de l'application de différents processus légaux pourrait être réalisée à partir des trames narratives des usagers en adoptant une perspective phénoménologique de type interprétative. Il devient alors possible d'explorer le processus de création de sens, d'interprétation et d'appropriation, qui s'articule lorsque l'infirmière est en contact ou doit mobiliser différents objets juridiques utiles à sa pratique. La culture de soin et les pratiques soignantes associées à l'application de ces mêmes processus pourraient également être étudiées à partir d'une perspective inspirée de l'ethnographie critique : cela semble en effet répondre à certains enjeux découlant de la LP38 lorsque la défense des droits des usagers se confronte aux effets totalisants de culture psychiatrique. [9,30] Une approche inspirée de l'ethnographie critique serait donc utile afin d'exposer comment les différentes obligations légales attribuées aux acteurs chargés de l'application de la LP38 s'insèrent au sein de dynamiques de négociation particulières. Cette dynamique implique la mobilisation de différents pôles de pouvoir et de résistance qui, en s'exerçant, se chevauchent, s'entrecroisent et se heurtent. En plus de reconnaître l'engagement du chercheur envers la justice sociale, cette approche autorise également l'exploration de discours et de contre-discours, de dynamiques de pouvoir particulières, ainsi que des opportunités de changements sociaux et d'émancipation au sein même de la culture de soin.

Précisons également que les normes relèvent de l'ordre du légal ou du conventionnel, [28,31] bien que la pratique soignante soit également dépendante de ses propres standards professionnels. L'analyse normative suggérée par l'ASJ pourrait conséquemment considérer les interactions entre les normes juridiques, les normes sociales (dites conventionnelles) et les normes de pratique qui agissent en périphérie de l'utilisateur et de la pratique (Figure 1). Si les normes juridiques aident à identifier les concepts clés balisant les interventions professionnelles, les normes sociales engagent la recherche vers l'exploration de savoirs issus d'une large gamme de disciplines afin d'explorer la complexité de certains phénomènes sociaux. Elles exposent également comment ces mêmes normes subissent un processus d'appropriation et d'interprétation individuelle [28]

afin de créer, chez l'individu, un sentiment d'identification, d'appartenance sociale et de responsabilité personnelle. Elles illustrent finalement la manière à partir de laquelle les écarts à ces normes sont pris en charge par le corps social. Précisons que ces modes de prise en charge sont extrêmement variables et se décrivent, par exemple, par la judiciarisation de certains états et conduites,[32] par la réprobation sociale de certains comportements ainsi que par l'appel à différentes émotions, dont la peur, afin de gouverner les comportements de santé.[33] L'analyse des normes de pratique complète ce processus et favorise la convergence de l'ASJ vers le développement de savoirs infirmiers : elle donne ouverture à la construction d'un champ de connaissances orienté vers l'exploration contextuelle des notions d'advocacy et de justice sociale, mais également du processus d'appropriation de différentes forces normatives au sein même de la pratique soignante (Fig. 1).

Afin de cerner adéquatement les implications de différentes normes juridiques sur la pratique, la collecte des données devrait minimalement approcher différents objets légaux (le discours associé aux droits fondamentaux, les lois, les règlements, la jurisprudence et la doctrine, par exemple). Ces sources sont extrêmement pertinentes afin de contextualiser l'objet de recherche, mais également afin de mieux comprendre de quelle manière ces différents paramètres juridiques sont abordés par le soignant et/ou la personne soignée. L'utilité de ces données est avant tout conceptuelle : elle reflète le consensus social reconnaissant la légitimité, à une époque donnée, de concepts tels que la dangerosité en raison de l'état mental. Ces objets légaux s'interprètent également à la lumière de différentes normes et processus sociaux complexes : ils autorisent l'exploration du lien bidirectionnel existant entre la santé mentale, la précarité socioéconomique et différents processus d'exclusion.[30,34] Les données consultées, qu'elles relèvent d'une approche juridique ou sociologique, gagneraient finalement à être croisées aux sources scientifiques pertinentes aux sciences infirmières. Elles impliquent une clarification conséquente des standards de pratiques mobilisés par le droit, les standards de pratique relatifs à la prévention du suicide par exemple,[6] ainsi que l'analyse de l'état des connaissances infirmières spécifiques à un contexte juridique donné.

Si nous reprenons l'exemple de l'application de la LP38, nous observons qu'un élément central à l'application de cette loi d'exception relève du critère de dangerosité. Malgré que ce critère soit susceptible de légitimer une atteinte majeure aux droits fondamentaux, la loi reste silencieuse à propos de ses paramètres et de sa définition. La seule nuance apportée

relève de la dangerosité « grave et immédiate » donnant ouverture à une garde préventive en établissement de santé de 72h, imposée par un médecin, sans le consentement de l'utilisateur, sans autorisation du tribunal et sans examen psychiatrique.[5,26] De plus, nous observons que plusieurs acteurs sont chargés d'apprécier la dangerosité d'une personne. Les agents de la paix, les intervenants d'un centre de crise et les professionnels de la santé doivent, lors de certaines interventions, « [...] interpréter et évaluer le danger [...] » [14,30 p200] et l'absence d'une définition claire d'un tel danger laisse place au caractère asymétrique et subjectif de son évaluation.[14,30]

Certains écarts au critère plutôt « factuel » du danger grave et immédiat sont également notés, notamment lorsque des actes de soin sont justifiés par la présence d'un risque potentiel plutôt que par la dangerosité à proprement parler[30] ou par le manque de collaboration d'une personne.[14] Certains auteurs discutent également d'une présomption de dangerosité qui serait systématiquement associée à la maladie mentale,[35] ce qui évoque une vigilance clinique vis-à-vis les biais que de telles présuppositions sont susceptibles de provoquer. D'autres écarts méritent d'être notés, puisqu'ils relèvent de la maîtrise des dimensions juridiques de la pratique clinique. C'est notamment le cas lorsque des évaluations psychiatriques aux fins d'une garde en établissement sont imposées à la personne en garde préventive, sans que celle-ci soit informée des objectifs poursuivis par l'équipe soignante et de son droit de refuser un tel soin.[14,29]

Ces différents éléments nous portent finalement à questionner la présence ou même l'absence de standards de pratique susceptibles de répondre aux exigences de la loi et d'agir en cohérence avec les fondements de la profession infirmière. Si ces standards existent lorsqu'il est question d'évaluer le potentiel suicidaire d'une personne,[6] la dangerosité envers autrui nous semble substantiellement moins balisée. Par ailleurs, ces standards de pratique illustrent l'interaction profonde entre les domaines juridiques et cliniques : ils établissent clairement le rôle de l'infirmière lors de la prise en charge de la personne et lors de la mise en œuvre du processus de garde.[6] Pourtant, la qualité contestable de la documentation au dossier des procédures appliquées et établies par la loi (par exemple, l'évaluation du potentiel suicidaire, l'inscription des motifs de la garde préventive, la mention du consentement à l'hospitalisation et/ou aux soins, les précisions permettant de valider le respect des délais prévus par la loi, la documentation de la remise des informations nécessaires à la personne sous garde et

finalement de l'évaluation de sa compréhension à l'égard de ces mêmes informations) fournit un exemple qui illustre la pertinence d'une sensibilité juridique plus soutenue.[14,29] Ces éléments sont, à notre avis, un strict minimum afin d'offrir un accompagnement adéquat aux personnes maintenues contre leur gré en établissement de santé. En d'autres mots, si les standards de pratique ciblent adéquatement l'évaluation du potentiel suicidaire, le processus clinico-légal qui découle de cette dangerosité et qui relève de l'application de mesures d'exception mériterait une égale attention. Le tout pourrait à notre avis favoriser l'émergence d'une pratique qui soit sensible à la reconnaissance des droits des usagers et ainsi mieux répondre aux difficultés d'application de la LP38 lors de contextes critiques.

Fondements théoriques

Un dernier élément de précision relève des fondements théoriques qui caractériseraient l'ASJ. Comme nous l'avons précédemment suggéré, cette méthodologie s'arrime aisément aux notions d'*advocacy* et de justice sociale. Elle possède conséquemment une affinité vis-à-vis différents courants de pensée qui visent l'émancipation, mais également une approche engagée et dialectique de la connaissance.[36] Sur ce point, nous précisons que les prochains paragraphes ne devraient pas être interprétés de manière restrictive. Ils constituent une proposition qui, à notre avis, doit encourager un dialogue et un raffinement méthodologique graduel.

L'usage d'une méthodologie spécifique présuppose généralement son affinité à un paradigme précis. Il est reconnu, par exemple, que l'ethnographie et la phénoménologie trouvent leur origine au sein du constructivisme. L'alliance d'une méthodologie à son paradigme original n'a toutefois pas à être essentialiste. Elle doit répondre aux différentes conditions d'existence de la recherche et s'articuler en cohérence avec la problématique identifiée, avec ses hypothèses et ses objectifs ainsi qu'avec le contexte particulier dans lequel elle se déroule.[37,38] De nombreux auteurs rattachent par exemple l'ethnographie aux théories critiques[39] et certains auteurs allient la phénoménologie aux théories queer.[40] De même, bien que l'analyse situationnelle repose sur la théorisation ancrée (et possède également une affinité constructiviste), elle est aussi grandement influencée par le courant postmoderne issu des théories critiques.[41]

Comme nous en avons discuté précédemment, l'ASJ peut s'ajouter en complément de méthodologies plus classiques donc l'ethnographie ou la phénoménologie. Nous sommes d'avis qu'elle peut également être utilisée en tant que

méthodologie à part entière. Toutefois, ses fondements théoriques relèvent à notre avis d'une posture fortement inspirée des théories critiques. Plusieurs raisons motivent ce choix : elles découlent de la nécessité d'un questionnement du statu quo et de la défense des droits de populations en situation de marginalité, mais également du déni de citoyenneté pouvant les affecter.[42] Notons également que les théories critiques accordent une importance particulière aux facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels et associés au genre qui contribuent à la réalité de ce qui est dit, écrit et pensé à une époque donnée.[36] Les savoirs produits sont conséquemment situés et l'engagement du chercheur est également reconnu comme un élément important du processus de production des connaissances.

Les théories critiques nous aident à comprendre les dynamiques de pouvoir qui seraient à l'origine des difficultés d'application maintes fois constatées pour la LP38. Ce pouvoir est à la fois individualisant et massifiant : il cherche à opérer, à partir de la norme et de différents mécanismes d'assujettissement, une modification du rapport intime que la personne entretient à l'égard d'elle-même et de sa conduite. En ce sens, les théories critiques aident à considérer le droit non comme un vecteur de répression ou d'émancipation, mais plutôt comme un produit discursif et une stratégie d'assujettissement symbolisant la cristallisation institutionnelle des rapports de pouvoir.[43] Le droit symboliserait conséquemment le point focal de discours dominants, ce qui évoque par le fait même la nécessité d'analyser les éléments qui agissent en leur périphérie.[43] Le droit s'insérerait ainsi au sein d'un dispositif de contrôle plus large, intimement lié aux pratiques, institutions et autres aménagements politiques qui facilitent la circulation d'un pouvoir aux ramifications multiples, dont les effets sur les rapports sociaux sont structurants.[44] Les opérations de la loi ne seraient conséquemment pas autonomes, mais reposeraient plutôt sur une interface complexe, au sein de laquelle est intégrée la pratique soignante. Le tout autorise l'immersion du chercheur au sein des interactions profondes s'articulant entre les normes juridiques et sociales, afin de mieux comprendre comment leurs opérations courantes peuvent modifier la morphologie de la pratique infirmière (Fig. 1).

Par ailleurs, les difficultés d'application de la LP38 soulèvent la présence d'une « logique d'exception »[42 p234] contribuant au déni de citoyenneté de certaines personnes. Agamben[45] a précédemment discuté des fondements de cet « état d'exception » et Cloyes[42] a illustré la pertinence des travaux de ce philosophe et théoricien politique pour les

sciences infirmières. Ces auteurs font la démonstration que la tradition humaniste, sur laquelle repose la reconnaissance de la personne et de ses droits, contribue au maintien d'une violence systémique et d'une dualité équivoque entre ceux à qui on reconnaît de tels privilèges (Agamben les nomme *bios*) et ceux dont on reconnaît à peine l'existence biologique (Agamben les nomme *zoe*).[42,45,46] Pour Agamben[45] cet état d'exception constitue une logique de pouvoir, légitimée par un critère de nécessité, permettant de suspendre l'application des normes malgré le maintien des lois. Au sein de cette logique, l'établissement des normes et leur application exposent une séparation, autorisant de ce fait la liaison et l'abandon du « vivant au droit ». [45 p10] Les écrits d'Agamben sont conséquemment aidant afin de répondre aux enjeux de la portée juridique de modes d'action, ici déployés par l'infirmière et donc profondément cliniques, perçus comme étant extérieurs au droit.[45]

Les opérations courantes du pouvoir ne se limiteraient donc pas uniquement au droit et à ses constituantes, mais répondraient également de modes d'assujettissement variés et disséminés au sein du champ social. En attribuant différentes obligations légales aux professionnels de la santé, dont les infirmières, ce dispositif de contrôle est légitimé par le domaine juridique alors qu'il se matérialise parallèlement au sein d'une zone d'extériorité. Plutôt que de tendre vers une reconnaissance sommaire des droits des personnes, cette perspective donne ouverture à une étude de leurs conditions d'existence ainsi qu'à une analyse critique de ce qu'Agamben décrit comme les « normes de réalisation du droit ». [45 p63]

L'exemple de la LP38 et de ses difficultés d'application constitue une illustration concrète de la pertinence d'une posture critique qui serait aux fondements de l'ASJ. En effet, plusieurs auteurs ont décrit l'asymétrie de pouvoir importante s'articulant entre l'établissement de santé qui demande l'ordonnance de garde en établissement et la personne ciblée par cette demande. Plusieurs constats ressortent des écrits consultés et relèvent essentiellement des normes de réalisation du droit par l'intermédiaire d'un mode d'action extrajuridique. Ils concernent le non-respect de certains délais prévus par la loi et l'absence de documentation à cet égard,[14] les atteintes importantes au droit à l'information et à la vie privée,[14] le manque d'accompagnement de l'utilisateur au sein des dédales de la procédure de mise sous garde et la difficulté conséquente, pour ce dernier, de la contester ou de défendre ses droits.[47] Une attitude négative du personnel soignant a été constatée, au même titre que différents processus dissuasifs décourageant les personnes de contester

leur requête.[47] Cette asymétrie de pouvoir est encore plus palpable si nous considérons que l'établissement de santé possède deux rapports d'évaluation psychiatrique afin de justifier sa demande, élément de preuve principal à l'appui de cette requête.[29,48] Malgré qu'il soit éclairément établi que le tribunal conserve son indépendance à l'égard de ces rapports,[34] le formulaire sur lequel reposent ces derniers favorise des comptes-rendus évaluatifs peu étoffés.[48]

La LP38 impose finalement aux professionnels de la santé la transmission d'une information minimale à la personne placée sous garde préventive, nommément du lieu où elle est gardée, des motifs de la garde, de son droit de communiquer avec ses proches ou un avocat et de la fin de la garde.[5] Or, le droit à l'information est parfois non respecté et certains usagers demeurent non informés de leurs droits.[14] Lorsqu'une garde en établissement est ordonnée, la loi exige également la remise d'un document expliquant à l'utilisateur (ou à une personne habilitée à consentir à sa garde si la personne est incapable de comprendre l'information) les procédures pertinentes. Une lecture formaliste de cette disposition légale s'avère problématique, dans la mesure où nous savons qu'au Québec environ une personne sur cinq connaît des difficultés fonctionnelles à traiter l'information écrite.[49] L'obligation de l'infirmière, dans ce contexte, relèverait non seulement de l'évaluation de la compréhension de la personne vis-à-vis les informations transmises, mais également de la vulgarisation de celles-ci dans une forme et un langage adapté à ses besoins.[5] Ces informations doivent normalement accompagner la personne dans l'exercice de ses droits et l'informer des procédures et délais ayant cours.[5]

La nécessité d'un contre-discours en contexte médico-légal est ici équivoque, puisqu'elle expose la nécessité d'explorer certains processus potentiellement oppressifs issus d'une culture psychiatrique pouvant non seulement s'opérer à partir de lois d'exception, mais également légitimer ses pratiques. Elle permet également d'étudier comment la pratique infirmière peut favoriser une meilleure représentation des droits des usagers, en respect de ses standards de pratique et de la nécessité de maintenir l'équilibre parfois précaire entre les principes d'autonomie et de protection de la personne.

Arrimages cliniques : une opportunité

Cette discussion visait à exposer la pertinence d'une approche méthodologique, l'analyse sociojuridique, accordant une importance particulière aux dimensions juridiques de la pratique infirmière. Comme nous l'avons exposé, la LP38 fut maintes fois critiquée en raison de ses difficultés d'application et du non-respect des droits fondamentaux des

usagers en situation de vulnérabilité qu'elle est susceptible de provoquer. Plusieurs auteurs ont également d'ores et déjà exposé que les infirmières sont au nombre des acteurs investis par des pouvoirs susceptibles de porter une atteinte directe à ces derniers.[50] Comme mode d'action extrajuridique, la pratique infirmière pourrait cependant favoriser un plus grand respect de ces mêmes droits, que ce soit à l'égard du droit à l'information, du respect des procédures et de la qualité de la documentation produite au dossier. Une valorisation plus soutenue des paramètres juridiques balisant la pratique favoriserait en ce sens l'émergence d'une meilleure compréhension des différents enjeux cliniques qui en découlent.

Une connaissance strictement descriptive du droit des personnes est elle-même insuffisante afin d'exposer la subtilité des dynamiques de pouvoir s'exerçant au quotidien de la pratique. En positionnant l'ASJ au sein du paradigme des théories critiques, il est possible d'envisager le développement de savoirs infirmiers non seulement mieux adaptés au contexte médico-légal, mais aussi plus sensible aux interactions des normes légales, sociales et professionnelles. Par ailleurs, la production et l'acquisition d'un corpus de connaissances critiques à l'égard du droit de la santé (ici abordé en contexte psychiatrique) autorisent la mise en place de conditions plus favorables à la défense des droits des usagers et à leur accompagnement. En plus de soutenir l'analyse du discours dominant sur l'exercice des droits des personnes, l'ASJ pourrait également faciliter l'exposition de contre-discours favorisant une compréhension plus profonde des processus de marginalisation qui découlent de l'application de ces mesures d'exception. Cette approche permettrait finalement l'étude des différentes structures, pratiques et usages sociaux qui influencent la manière dont s'exercent les droits des usagers dans un contexte donné.

L'engagement de la profession infirmière au sein de ce débat est important. Certaines études et démarches récentes menées par des regroupements associatifs et des médecins psychiatres demandent des modifications à la LP38.[51,52] Les modifications proposées augmenteraient, par exemple, les pouvoirs d'intervention des professionnels de la santé, dont l'imposition d'une évaluation psychiatrique malgré l'absence d'un danger « grave et immédiat ».[51] D'autres regroupements dénoncent plutôt la perpétuation d'abus à l'égard des personnes hospitalisées en psychiatrie.[47] À ce titre, peut-on estimer qu'une simple modification législative réussirait à répondre aux difficultés d'application précédemment décrites, alors que l'appropriation de cette loi par les professionnels de la santé semble bien souvent

se réaliser par l'intermédiaire d'une culture psychiatrique répressive persistante ? Un tel réflexe aurait à notre avis un effet extrêmement réducteur sur les transactions s'opérant entre les domaines cliniques et juridiques, ainsi que sur l'apport important de certains professionnels de la santé et particulièrement des infirmières afin de faciliter la représentation des usagers dans ce contexte.

À la lumière des éléments précités, il nous semble qu'une partie de la problématique réside au sein du processus d'appropriation et d'application de la loi par une grande diversité d'acteurs et non uniquement en la loi elle-même. En outre, cette loi semble offrir une réponse strictement juridique à une diversité de problèmes sociaux qui relèvent, entre autres, de la relation bidirectionnelle entre la maladie mentale et la précarité socioéconomique (qu'elle soit financière, alimentaire, ou associée au logement).[29] Des professionnels de la santé formés adéquatement vis-à-vis l'application de la LP38 et le respect des droits des usagers, des ressources communautaires suffisantes et l'organisation d'un suivi adéquat au sein de la collectivité sont autant d'éléments susceptibles de répondre aux effets du mouvement de désinstitutionnalisation et d'offrir une réponse plus adéquate aux enjeux précédemment décrits.[29]

Conclusion

Le rôle d'*advocacy* et l'inclination historique de la profession envers le principe de justice sociale fournissent plusieurs arguments réaffirmant l'importance de l'accompagnement du personnel infirmier afin d'assurer une application de la loi plus respectueuse des droits des usagers. Le débat actuel relatif à la protection des personnes malades en contexte médico-légal gagnerait à considérer l'importance majeure des intervenants du système de santé afin de créer des conditions d'existence à l'expression des droits des usagers. Si ces débats restent cloisonnés au sein du domaine juridique ou uniquement discuté par ceux à qui la loi confère les pouvoirs les plus importants à l'égard de la restriction de certains droits, la voix de personnes en situation de marginalité comme celle de leurs représentants sera réduite au silence.

En nous référant aux critiques que plusieurs adressent à la LP38, nous n'avons pas l'intention de nier l'utilité apparente de cette loi pour l'intérêt des usagers : au principe d'autonomie s'adjoint parfois une nécessité de protection s'articulant comme extension des droits de la personne, dont le droit au secours. Bien que certaines limites de la loi aient été identifiées dans cet article, il est également admis qu'elle aura permis une meilleure reconnaissance du droit à

l'égalité, à l'intégrité de sa personne et à une problématisation essentielle des atteintes majeures aux droits fondamentaux provoquées par l'internement psychiatrique.[29] Les exceptions aux droits fondamentaux que permet cette loi exigent désormais une réflexion profonde à l'égard de leurs arrimages cliniques.

Nous estimons que la démarche scientifique en sciences infirmières pourrait participer à ce dialogue, pour peu qu'elle se dote d'outils épistémologiques s'ajoutant aux modes d'analyse déjà existants. Il nous semble conséquemment utile de réfléchir aux approches méthodologiques qui permettraient à la profession infirmière d'analyser de manière plus soutenue l'interface composée des normes juridiques, sociales et professionnelles, ainsi que le processus d'appropriation qui en découle.

Nous suggérons que l'ASJ puisse répondre à cette nécessité, pour la recherche en soins infirmiers médico-légaux et la pratique infirmière plus généralement, d'interroger les différentes forces légales qui traversent la pratique. Cette démarche pourrait également soutenir l'engagement de la profession au sein de la lutte contre différents processus de marginalisation et d'exclusion sociale, répondant ainsi aux exigences des principes d'advocacy et de justice sociale. Cette posture habiliterait les infirmières à mieux composer avec les exigences de la loi, mais également à participer plus activement à l'implantation ainsi qu'au maintien des conditions d'existence et d'expression des droits des usagers.

Références

1. Choi PP. Patient advocacy: the role of the nurse. *Nursing Standard* 2015; 29:52-58.
2. Water T, Ford K, Spence D, Rasmussen S. Patient advocacy by nurses – past, present and future. *Contemporary Nurse* 2016; 52:696-709.
3. Holmes D, Perron A. Soigner, un acte politique... *Santé mentale* 2006; 113:60-65.
4. LégisQuébec, Publications du Québec. Code des professions. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
5. LégisQuébec, Publications du Québec. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>
6. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique. 2007. Disponible sur <https://www.oiiq.org/sites/default/>

[files/228_doc_0.pdf](#)

7. Veilleux AM. Le constat de l'inaptitude à consentir aux soins : par qui et comment. La protection des personnes vulnérables. Cowansville: Éditions Yvon Blais; 2012.
8. LégisQuébec, Publications du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/l-8,%20r.%209>
9. Holmes D, Jacob JD. Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers* 2012; 4:57-66.
10. Blondeau D., Gagnon E. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les Cahiers de droit* 1994; 35:651-673.
11. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *The New England Journal of Medicine* 2007; 357:1834-1840.
12. Pariseau-Legault P, Doutrelepon F. L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux. *Recherche en soins infirmiers* 2015; 4:19-35.
13. Ouellet G. La police à l'assaut des problèmes sociaux ? Communication présentée au 84e congrès de l'Association francophone pour le savoir; Montréal; 12 mai 2016.
14. Le Protecteur du citoyen. Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2011. Disponible sur https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf
15. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Conclusion générale sur les enquêtes concernant le centre hospitalier universitaire Ste-Justine. 2016. Disponible sur http://www.cdpcj.qc.ca/publications/enquete_CHU-ste-justine.pdf
16. Cataruozolo PE. Forensic Nursing: Focus on SANE. *The Journal of Legal Nurse Consulting* 2015; 26:33-37.
17. Early S. North America's Evolving Nursing Specialty. *The Journal of Legal Nurse Consulting* 2016; 27:10-15.
18. Geller L. Forensic nursing's game changer. *Canadian Nurse* 2015; 3:27-29.
19. LégisQuébec, Publications, du Québec. Loi sur la protection de la jeunesse, 2017. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>

20. McCready E. Nursing Advocate for Civil Rights. Online Journal of Issues in Nursing 2016; 21:1-1.
21. O'Mahony-Paquin S. Social Justice Advocacy in Nursing: What Is It? How Do We Get There? Creative Nursing 2011; 17:63-67.
22. Buettner-Schmidt K, Lobo ML. Social justice: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2012; 68:948-958.
23. Quirouette M, Frederick T, Hughes J, Karabanow J, Kidd S. "Conflict with the law" : regulation & homeless youth trajectories toward stability. Revue canadienne droit et société; 31:383-404.
24. Phillips JC, Domingue JL, Petty M, Coker MA, Howard T, Margolese S. HIV Care Nurses' Knowledge of HIV Criminalization: A Feasibility Study. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2016; 27:755-767.
25. Vézina C, Gagnon M. Des dialogues pour une nouvelle pensée théorique et critique sur le phénomène de la criminalisation du VIH. Aporia 2014; 6:22-29.
26. LégisQuébec, Publications du Québec. Code Civil du Québec. 2017. Disponible sur <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
27. Banakar R, Travers, M. Law, Sociology and Method. Dans : Banakar, R, Travers, M (dir). Theory and method in socio-legal research. Portland: Hart Publishing, 2005.
28. Bernheim E. Le « pluralisme normatif » : un nouveau paradigme pour appréhender les mutations sociales et juridiques ? Revue interdisciplinaire d'études juridiques 2011; 67:1-41.
29. Rullac S. Analyse socio-juridique de l'urgence sociale : cadre, fonctionnement, évolution. Empan 2011; 4:25-31.
30. Bernheim E. Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question. 2015. Disponible sur <https://edocrtrine.caij.qc.ca/developpements-recents/393/368215264/>
31. Weber M. Économie et société (Tome 2). Paris: Gallimard, 1995.
32. Jugements de la Cour Suprême du Canada. R. c. Mabior. 2012. Disponible sur <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/10008/index.do>
33. Gagnon M, Jacob JD, Holmes D. Governing through (In) security: A Critical Analysis of Fear-Based Public Health Campaigns [Ré-impression]. Dans Clarke, AE, Friese C, Washburn R (dir). Situational Analysis in Critical Qualitative Research & Beyond. Californie: Left Coast Press, 2015.
34. Perry Y, Henry JD, Sethi N, Grisham JR. The pain persists: How social exclusion affects individuals with schizophrenia. British Journal of Clinical Psychology 2011; 50:339-349.
35. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2013; 40:384-399.
36. Lincoln, YS, Lynham SA, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans: Denzin NK, Lincoln YS (dir). The SAGE Handbook of Qualitative Research (4e ed). Thousand Oakes: Sage Publications, 2011.
37. Denzin N, Lincoln, YS. The discipline and practice of qualitative research. Dans: Denzin NK, Lincoln YS (dir). The SAGE Handbook of Qualitative Research (4e ed). Thousand Oakes: Sage Publications, 2011.
38. Kincheloe JL. (2001). Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research. Qualitative Inquiry 2001; 7:679-692.
39. Baumbusch JL. Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. Journal of Advanced Nursing 2011; 67:184-192.
40. Ahmed S. Queer phenomenology: orientations, objects, others. Durham: Duke University Press, 2006.
41. Clarke AE. Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. Symbolic Interaction 2003; 26:553-576.
42. Cloyes KG. Rethinking Biopower: Posthumanism, Bare life, and emancipatory work. Advances in Nursing Science 2010; 33:234-243.
43. Foucault M. Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir. Paris: Gallimard, 1994.
44. Mazabraud B. Foucault, le droit et les dispositifs de pouvoir. Cités 2010; 2:127-189.
45. Agamben G. État d'exception : Homo sacer. Paris : Éditions du Seuil, 2003.
46. Agamben G. Homo sacer : Sovereign power and bare life. Californie : Stanford University Press, 1998.
47. Action autonomie. Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie : Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont

l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. 2016. Disponible sur [http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016\(1\).pdf](http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016(1).pdf)

48.Lauzon J. (2008). Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril. Cowansville: Éditions Yvon Blais, 2008.

49.Institut de la statistique du Québec. Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clés pour relever les défis du XXIe siècle. 2015. Disponible sur <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica.pdf>

50.Perron A, Fluet C, Holmes D. Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50:536-544.

51.Bourgeault-Coté G. Barrette s'en remet à un rapport attendu depuis cinq ans Faut-il élargir les motifs pour interner quelqu'un contre son gré ? 2016. Disponible sur <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/486626/evaluation-psychiatrique-barrette-s-en-remet-a-un-rapport-attendu-depuis-cinq-ans>

52.Tremblay E, Lévesque S, Dubeau G. Comparaison de l'évolution longitudinale des patients pour qui la requête de garde provisoire ou de garde en établissement fut refusée ou maintenue par le tribunal. *La protection des personnes vulnérables* 2014; 378:67-80.

*Département des sciences infirmières
5 rue Saint-Joseph
Saint-Jérôme, Québec
J7Z 0B7
Courriel : pierre.pariseau-legault@uqo.ca*

*Pour contacter les auteur:
Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph.D., LL.M.
Professeur-chercheur
Université du Québec en Outaouais,*