

Résumé

L'autorisation judiciaire de soins se situe au carrefour de considérations cliniques et juridiques. Malgré une efficacité contestée, des études récentes démontrent une augmentation du recours à cette mesure d'exception à l'échelle internationale. La présente analyse est inspirée d'une rencontre des théories foucauldienne et goffmanienne. Elle s'appuie sur les résultats d'une méta-ethnographie visant à mieux saisir les enjeux associés à ses usages, à partir des points de vue des acteurs impliqués lors de son application. Les résultats de cette analyse critique de discours décrivent l'autorisation judiciaire de soin en tant que jeu de rôle complexe ayant des effets multiples sur l'identité de la personne visée et sur ses rapports sociaux. À l'ère d'une justice souvent décrite par sa force thérapeutique, ces observations soulèvent plusieurs questionnements à l'égard de la visée et des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la personne, ainsi que de ses usages par différents intervenants du domaine de la santé et des services sociaux.

Mots-clés autorisation judiciaire de soins, consentement, droits des patients, santé mentale, rétablissement

Une analyse critique des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien

PIERRE PARISEAU-LEGAULT, MARIE-HÉLÈNE GOULET & ANNE G. CROCKER

Introduction

L'autorisation judiciaire de soins est une mesure judiciaire permettant d'offrir des soins sous la contrainte à des personnes requérant un encadrement clinique important, mais ne requérant pas d'hospitalisation.[1] L'objectif généralement poursuivi est de cesser les hospitalisations multiples en favorisant le maintien en communauté et la stabilisation de la condition mentale de la personne.[1] L'autorisation judiciaire de soins est également connue sous différentes

appellations, dont l'ordonnance de soins, l'ordonnance de traitement en milieu communautaire, l'autorisation de soins ou le traitement involontaire. Au Québec, cette mesure permet l'imposition de soins et de traitements requis par l'état de santé d'une personne jugée inapte à y consentir et refusant catégoriquement ces derniers.[2] Sa mise en œuvre se réalise par la requête d'un établissement de santé ou d'un médecin à la Cour Supérieure du Québec et aucun recours supplémentaire n'est normalement prévu afin de réviser cette décision.[3,4] Malgré l'objectif de maintien en communauté que l'autorisation judiciaire de soins poursuit, l'obligation d'hébergement (par exemple, en établissement de santé) n'est possible que si elle permet à la personne de recevoir les traitements appropriés.[3,4] Cette obligation doit toutefois être différenciée du régime de gardes en établissement permettant le maintien forcé en établissement de santé d'une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

L'on estime qu'environ 75 juridictions font usage de l'autorisation judiciaire de soins à travers le monde.[5] Quatre

principes caractérisent généralement cette mesure, soit « [...] la présence [...] d'une « maladie mentale », les « risques » ou les « dangers » que la condition mentale de la personne doit poser, l'idée que l'autorisation judiciaire de soins est [une mesure] « nécessaire » ou « proportionnelle » et l'exigence que l'approche ambulatoire du traitement soit viable ».[6 p29, traduction libre]. Au-delà de ces principes, les paramètres spécifiques de l'autorisation judiciaire de soins varient selon les juridictions. Ainsi, son processus de mise en œuvre, ses critères d'application, l'existence d'une procédure d'appel ou de révision de la décision, sa durée, son intervalle de révision et ce qui détermine sa levée sont autant de variables contextuelles à considérer.[6,7] Par ailleurs, certaines juridictions requièrent le consentement de la personne à l'autorisation judiciaire de soins et d'autres juridictions exigent plutôt la démonstration de l'inaptitude de la personne à consentir aux soins.[6] Au Canada seulement, plusieurs variations interprovinciales sont observées, chaque province possédant son propre régime juridique à cet égard [6,8]. À ces nombreuses variables s'ajoute la nécessité d'établir une structure administrative adaptée à la coordination des acteurs juridiques et extra-juridiques participant à son application.[6] Ces éléments contextuels influencent non seulement l'efficacité clinique de l'autorisation judiciaire de soins, mais participe également à l'évolution des enjeux aux droits des personnes visées par cette mesure exceptionnelle.

Au cours des dernières années, plusieurs études se sont penchées sur l'efficacité clinique de l'autorisation judiciaire de soins,[9] en plus d'interroger les perceptions et expériences particulières des acteurs impliqués lors de son application (la personne visée par cette mesure, ses proches et le personnel soignant).[10-12] Ces recherches illustrent différentes problématiques, notamment à propos du manque d'informations transmises à la personne au sujet des conséquences légales de cette mesure,[10] d'un partenariat de soin souvent difficile avec les proches de ces personnes,[12] ainsi que du nécessaire et paradoxal maintien d'une alliance thérapeutique avec le personnel soignant en contexte de coercition.[11] Ces mêmes études démontrent également une appréciation de l'autorisation judiciaire de soins en tant que moindre mal (lorsqu'elle est comparée à l'hospitalisation), comme « filet de sécurité » ou comme levier d'action facilitant l'accès aux services de santé mentale.[10] De plus, une récente méta-analyse suggère que cette mesure de dernier recours fait exception à certains droits fondamentaux de la personne sans toutefois avoir pour effet d'influencer significativement le nombre de réadmissions hospitalières, le fonctionnement social ou la qualité de vie des personnes comparativement au traitement offert sur une base

volontaire.[9] Malgré que l'efficacité de l'autorisation judiciaire de soins soit présentement contestée,[5,7,9] le recours à une telle mesure d'exception est pourtant en augmentation à l'échelle internationale.[13] Cette augmentation soulève donc de nombreuses questions d'ordre éthique et clinique.

Cette analyse critique est inspirée des résultats d'une récente méta-ethnographie visant à synthétiser l'état des connaissances produites par la recherche qualitative centrée sur les perspectives et expériences des acteurs impliqués lors de l'application de l'autorisation judiciaire de soins.[14] Lors de cette analyse, plusieurs éléments du modèle exploratoire développé ciblaient la dynamique relationnelle complexe entre ces différents acteurs. Cette dynamique est également reflétée dans la littérature,[15] sans toutefois que les risques éthiques de l'autorisation judiciaire de soins ne soient mis en surbrillance, que cela concerne l'ambiguïté des modalités justifiant son utilisation par les établissements hospitaliers, la portée variable des pouvoirs qu'elle confère aux acteurs chargés de son application, ainsi qu'une certaine abstraction des motifs de refus évoqués par les personnes assujetties à un tel dispositif.[4,16] Ces éléments sont pourtant nommés et documentés depuis nombre d'années par le milieu communautaire.[4,16] Ils sont au nombre des contre-discours réaffirmant l'exigence d'une analyse critique de l'autorisation judiciaire de soins, notamment à l'égard de ses effets sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien. L'étude de Gault[15 p509, traduction libre] utilise l'expression « jouer le jeu » afin d'illustrer cette dynamique et suggère que les enjeux de contrôle inhérents à l'autorisation judiciaire de soins sont intimement associés à des aspects identitaires et interactionnels. La présente analyse fait écho à ce propos et a comme but d'identifier les « règles » et les nuances de ce jeu de rôle complexe à partir d'une posture critique. S'appuyant sur la rencontre des théories goffmanienne et foucauldienne, cet article a pour objectif d'explorer l'influence de l'autorisation judiciaire de soins sur les interactions courantes entre la personne visée par cette mesure et ses systèmes de soutien.

Cadre théorique

Bien que cette proposition soit contestée, il est utile de noter que la nature même de l'autorisation judiciaire de soins rend plutôt difficile une évaluation systématique de son efficacité par l'intermédiaire d'essais contrôlés randomisés.[5,17] Cela s'explique notamment en raison de sa variabilité définitionnelle et juridictionnelle, de la grande diversité des traitements proposés par son intermédiaire, ainsi que l'intrication d'une large diversité d'acteurs (familiaux, communautaires,

hospitaliers et légaux) lors de son application.[17] L'emploi d'un cadre théorique semble donc pertinent afin de préciser l'angle d'analyse des recherches portant sur ce sujet et d'en contextualiser leurs implications. Plus précisément, l'apport des théories sociales nous semble essentiel afin de mieux comprendre l'influence des structures et des rapports sociaux sur le rétablissement des personnes visées par cette mesure. Notre analyse s'inspire des théories de Michel Foucault et d'Ervin Goffman afin de mieux cerner les enjeux à la fois structurels et interactionnels de l'autorisation judiciaire de soins, ainsi que leurs implications pour la pratique soignante. Leurs pensées respectives seront brièvement décrites et nous insisterons particulièrement sur leur complémentarité afin d'étudier de telles questions.

L'autorisation judiciaire de soins en tant que dispositif

Les théories de Michel Foucault fournissent une grille d'analyse pertinente à l'étude des relations de pouvoir entre les personnes visées par l'autorisation judiciaire de soins, les acteurs prenant part à son application et les institutions contribuant à sa légitimation. Deux dimensions issues de ses travaux, soit le rapport individuel et collectif à la norme, ainsi que la notion de « dispositif de pouvoir » sont au nombre des éléments particulièrement pertinents à cette analyse.

D'une part, les travaux de Michel Foucault[18] sur le (bio) pouvoir exposent sa force à la fois individualisante et massifiante. Les écrits de ce dernier distinguent deux axes constitutifs du (bio)pouvoir et profondément intriqués, soit l'anatomo-politique du corps et la biopolitique de la population. [18] L'axe anatomo-politique serait orienté vers la gestion disciplinaire de la déviance, que ce soit par l'imposition de mécanismes de catégorisation, de surveillance et de correction de cette dernière.[18,19] Il s'agit d'une forme de pouvoir inspirée de l'aménagement des lieux d'enfermement ainsi que des stratégies visant à optimiser l'efficacité des méthodes de surveillance et de régulation des populations captives.[19] Contrairement à l'axe anatomo-politique, l'axe biopolitique se situe dans un espace ouvert et sa logique disciplinaire cherche avant tout à atteindre une « [...] multiplicité d'individus trop grande pour être exhaustivement contrainte [...] ».[20 p52-3] L'axe bio-politique serait donc caractérisé par un rapport statistique et macro-systémique à la norme. Cet axe ne s'intéresse conséquemment pas au corps individuel, mais plutôt à la gestion du corps social.[18]

La cohabitation de mécanismes disciplinaires et de méthodes de régulation de la population est qualifiée par Deleuze de mécanisme de gestion des États modernes.[18,21] Les

mécanismes de surveillances et de contrôle jadis confinés aux institutions disciplinaires sont désormais immanents au champ social et facilitent l'autorégulation des individus par l'induction d'un sentiment de visibilité constante. Il se concrétise dès lors une forme de pouvoir centré non sur la répression, mais sur l'exploitation du rapport subjectif à la norme[18] ; bref, un pouvoir résolument tourné vers le vivant et cherchant avant tout à atteindre la personne au plus profond d'elle-même afin de modifier son identité propre.

Cette réflexion sur la norme se poursuit lorsque Foucault réfute la prétendue verticalité du droit et de son pouvoir répressif. Selon Foucault [18], ce rapport vertical à la norme juridique limite la rationalité des États à leurs mécanismes identifiables, alors qu'au contraire « [...] c'est à la condition de masquer une part importante de lui-même qu'il [le pouvoir] est tolérable ».[18 p113]. Il estime que le droit représenterait plutôt le point de cristallisation institutionnelle des rapports de pouvoir et non leur seul lieu d'exercice.[18] Cette approche horizontale du pouvoir nous mène naturellement à aborder la notion de « dispositif ». Celle-ci permet de comprendre l'autorisation judiciaire de soins comme stratégie s'intégrant à un réseau de contrôle plus large, complexe et hétérogène : un dispositif de pouvoir notamment composé de discours, de pratiques, d'aménagements, de procédures et d'institutions facilitant la gestion de la déviance psychiatrique.[22-24] Ainsi, l'intérêt des théories de Michel Foucault relève avant tout de l'étude critique des relations, des stratégies et des rapports de force en présence lorsque l'autorisation judiciaire s'insère dans le quotidien de la pratique soignante.

L'autorisation judiciaire de soins en tant que mise en scène

Si les écrits de Michel Foucault accordent une place prédominante à la manière dont les relations de pouvoir sont diffusées et investissent le sujet, ils semblent plutôt limités afin d'en saisir leurs effets sur les rapports sociaux. Les travaux de Goffman répondent à cette critique et favorisent la compréhension de la structure et de l'ajustement des interactions entre différents acteurs.[25] La complémentarité des approches goffmanienne et foucauldienne est ici équivoque. Rappelons que les travaux de Goffman ont permis de mieux cerner les caractéristiques des institutions totales (l'hôpital psychiatrique, par exemple) et leurs effets mortifants sur l'identité individuelle.[26] C'est toutefois à partir de la métaphore théâtrale, décrite par Goffman comme une mise en scène complexe,[25,27] qu'il est possible d'appréhender la complexité des interactions de populations « captives » évoluant désormais au sein d'espaces ouverts.

Cette mise en scène de l'action quotidienne réfère à une typologie particulière dont nous tenterons de résumer les éléments essentiels au cours des prochains paragraphes. D'une part, la mise en place d'une performance exige une définition commune de la situation de la part des acteurs concernés.[25] L'autorisation judiciaire de soins réfère donc à cette définition, puisqu'il s'agit du référent commun à la personne visée par cette mesure, à ses soignants et à ses proches. C'est donc à partir de cette définition commune que l'action des différents acteurs pourra être élaborée et ajustée. [25] Ces acteurs sont ainsi cantonnés au sein de rôles précis contribuant à mieux circonscrire ce qui est attendu de leur performance.[25] Tout écart à ces rôles est conséquemment perçu comme une représentation frauduleuse, remettant en question la légitimité de l'acteur à l'égard du rôle qui lui est attribué et menaçant l'intégrité des rapports sociaux.[25]

Pour Goffman[25,27] l'appropriation du rôle d'un acteur se réalise selon différentes modalités. En élaborant sa métaphore théâtrale, Goffman propose l'existence d'une avant-scène et d'une arrière-scène.[25] L'avant-scène est ainsi décrite comme les lieux où se déroulent les interactions sociales, alors que l'arrière-scène réfère à l'espace privé où l'acteur pourra idéaliser les impressions de sa performance, notamment en dissimulant les activités incompatibles à son rôle on en agissant de manière contradictoire à ce dernier. [25] Ces interactions entre l'avant et l'arrière-scène sont toutefois dépendantes de différents processus sociaux intimement liés au concept de stigmatisation.[27] Pour Goffman, la stigmatisation réfère au processus par lequel différentes étiquettes sociales (la maladie mentale, la déviance, la dangerosité, etc.) ont pour effet de dévaloriser et de disqualifier un acteur s'écartant de la norme.[27,28] Par l'intermédiaire du faux-semblant, c'est-à-dire en s'adaptant au monde social et en contrôlant l'information relative au stigmate, un acteur cherchera à minimiser l'effet de ce processus sur sa légitimité.[27,28]

L'autorisation judiciaire de soins en tant qu'interface

Les théories de Michel Foucault et d'Ervin Goffman sont souvent abordées de manière distincte, notamment en raison des rapports particuliers qu'entretiennent ces auteurs aux mécanismes de régulation du monde social. Si Foucault s'intéresse aux « [...] structures déterminantes du discours et de l'action [...] », [29 p288, traduction libre, 26] la perspective microsociologique de Goffman nous informe plutôt des particularités inhérentes à de telles actions et à la complexité des rapports sociaux qui en découlent.[30] Malgré leurs différences, ces auteurs s'intéressent à la manière dont se

construit l'individu aux marges de la société : la complémentarité de leurs apports théoriques est donc essentielle à l'exploration des mécanismes de gestion de la déviance.[30] Cela s'illustre notamment lorsque Goffman discute de la performance d'un acteur devant un « public invisible » à partir de normes sociales qu'il aura intériorisées.[25] Elle est également apparente lorsqu'il précise que ce même acteur pourra agir soit avec sincérité, soit avec cynisme, à l'égard de ces mêmes normes lors de sa performance.[25] Cette proposition de Goffman n'est pas sans rappeler la fonction disciplinaire des dynamiques de pouvoir décrites par Foucault, ainsi que leur caractère « [...] visible et invérifiable ».[19 p235] Goffman et Foucault mobilisent ainsi différents concepts illustrant la manière dont les discours, les pratiques et les dynamiques relationnelles s'intègrent à une interface de contrôle unique et participent de ce fait à la configuration de l'identité individuelle.

Approche méthodologique

L'approche méta-ethnographique de Noblit et Hare[31] a été employée pour la première partie de ce projet de recherche : il est possible de se référer à l'article des précédemment publié des auteurs [14] pour plus de précisions méthodologiques. Cette approche adopte une démarche systématique d'exploration, d'évaluation et de synthèse de la recherche qualitative. Elle se distingue par son caractère interprétatif, c'est-à-dire qu'elle permet de produire des explications interprétatives à propos d'un phénomène plutôt qu'élaborer différentes prédictions. [32] Les sept étapes spécifiques à sa réalisation proposées par Noblit et Hare[31] sont généralement reconnues et discutées par la communauté scientifique,[33,34] soit : (1) le démarrage du projet (spécification de la question de recherche), (2) la détermination des critères de pertinence au projet (orientation du projet, identification des études pertinentes, détermination des critères d'inclusion et de qualité des articles recensés), (3) la lecture et la codification approfondie de chaque article consulté, (4) la mise en relation de chaque article, (5) la signification ("traduction") des résultats d'une étude vis-à-vis les autres études recensées, (6) la synthèse du processus d'analyse et finalement (7) la mise en forme de la synthèse dans un langage clair.

La collecte des données s'est réalisée par une recension des écrits ciblant les perceptions des personnes visées par cette mesure, de leurs proches et du personnel soignant. Cinq bases de données ont été consultées à cette fin, sans limitation de temps : PubMed, PsychInfo, Web of Science, Cochrane Library et Google Scholar. Les mots-clefs utilisés lors de la consultation de ces bases de données étaient : (Psychiatr*)

OU (Mental Health) ET (Perception*) OU (Perspective*) ET (Treatment order*) OU (Involuntary treatment) OU (Compulsory treatment). Au total, 1095 articles ont été recensés et 44 ont été retenus à la suite d'une évaluation globale ciblant à la fois les critères d'inclusion (articles révisés par les pairs, issus d'études qualitatives empiriques et explorant les perspectives des parties prenantes ou leurs expériences relatives à l'autorisation judiciaire de soins), d'exclusion (informations insuffisantes à propos du processus d'analyse des données, psychiatrie pour enfants et adolescents, contexte de toxicomanie ou de déviance sexuelle) et leur qualité globale (par l'intermédiaire de l'outil d'évaluation de la recherche qualitative développé par l'Institut Joanna Briggs).[35] Les articles retenus provenaient de l'Australie, du Canada, des États-Unis, de la France, de la Nouvelle-Zélande, de la Norvège, du Royaume-Uni (Angleterre et Écosse) et de la Suède.

L'analyse primaire des données issues de la méta-ethnographie a demandé aux chercheurs une immersion complète au sein de chaque article recensé, ainsi qu'une mise en relation de leurs résultats par un processus de codification et de thématization.[14] Cette démarche a permis la construction d'un modèle exploratoire du processus de rétablissement spécifique à l'autorisation judiciaire de soins.[14] Ce modèle intègre les perspectives des personnes visées, de leurs proches et du personnel soignant afin d'identifier les facteurs d'influence de l'autorisation judiciaire de soins sur le processus de rétablissement.[14] Les résultats de cette méta-ethnographie ont toutefois incité les auteurs à poursuivre leur analyse et à employer le cadre théorique précédemment décrit. Ces résultats concernent notamment les effets de l'autorisation judiciaire de soins sur les dynamiques relationnelles entre les personnes visées par cette mesure et leurs systèmes de soutien. D'une part, plusieurs éléments issus de ces résultats argumentent en faveur d'une analyse plus approfondie des relations de pouvoir s'exerçant entre les personnes visées par l'autorisation judiciaire de soins et leurs systèmes de soutien. D'autre part, il nous semble pertinent de mieux saisir l'impact potentiel de ces relations de pouvoir sur l'identité propre de la personne visée ainsi que sur les stratégies qu'elle emploie lorsqu'une telle mesure est appliquée.

L'interprétation de ces résultats réfère à des construits de troisième ordre : ils résultent du processus d'interprétation réalisé par les chercheurs à partir des propos des auteurs des études recensées (construits de deuxième ordre) et de leurs participants (construits de premier ordre).[36] L'analyse proposée dans cet article s'appuie plus précisément sur

l'analyse critique de discours. Cette approche méthodologique considère le langage comme un outil permettant la construction et étant lui-même construit par la réalité sociale dans laquelle évoluent les personnes.[37,38] Ces productions discursives réfèrent à la manière dont les discours dominants déterminent ce qui peut être dit, écrit ou pensé à une époque donnée.[39] L'analyse critique de discours est un outil intéressant dans la mesure où ces productions discursives sont considérées non comme une représentation fidèle de la réalité, mais bien comme des « régimes de vérité » complexes et souvent pris pour acquis. Il devient conséquemment essentiel d'en faire ressortir leurs présuppositions à des fins analytiques.[40] Cette approche accorde une importance particulière à ce qui est dit ou écrit, aussi bien qu'aux éléments qui sont inférés, absents, ignorés ou invisibles à l'intérieur des discours analysés.[41] Elle permet finalement d'identifier certaines tensions à l'intérieur de ces discours et d'analyser l'espace occupé par les individus ou les institutions prenant part à leur formation.[42]

Résultats

Dans la prochaine section, nous tenterons d'illustrer la constitution de l'autorisation judiciaire de soins en tant qu'interface de contrôle. Ce faisant, nous proposerons une exploration de son influence sur les interactions courantes entre la personne visée par cette mesure et ses systèmes de soutien.

Une confluence des discours clinique et juridique

L'autorisation judiciaire de soins se situe à l'intersection des domaines du droit et de la psychiatrie. Cette mesure mobilise différents discours associés à ses usages par le personnel soignant et à ses effets sur la personne et sur ses proches. Une analyse critique de l'alliance entre ces deux domaines suggère qu'elle aurait notamment eu pour effets de provoquer la rencontre et la légitimation de deux discours d'expertise (celui issu du droit et celui issu de la psychiatrie), en plus de faciliter la psychiatrisation de problématiques sociales.[43] Les résultats de notre étude tendent à confirmer l'applicabilité de cette hypothèse à l'autorisation judiciaire de soins. Par exemple, un nombre important d'écrits illustrent la place prépondérante qu'occupe l'adhésion au traitement pharmacologique lorsqu'une telle mesure est appliquée.[12,44-48] Peu d'informations sont disponibles à l'égard des autres formes de traitements, dont ceux issus des approches psycho-sociales, pouvant s'intégrer à la stratégie thérapeutique. À l'inverse, l'intersection des domaines du droit et de la psychiatrie a également comme conséquence

de favoriser une judiciarisation progressive du domaine clinique,[48] que cela concerne le milieu hospitalier ou la pratique communautaire et de proximité.

D'une part, différents référents discursifs, notamment associés au milieu carcéral, sont identifiables au sein des études recensées. La confluence des discours psychiatriques et juridiques est en ce sens palpable.[48] Lorsqu'elles sont interrogées, les personnes et les intervenants ciblés par cette mesure empruntent un vocabulaire typique au champ psychiatrique et évoquent parallèlement différents référents associés à la dangerosité, à la criminalité, à l'emprisonnement, ainsi qu'à la libération conditionnelle.[48-51] Ainsi, l'imposition de conséquences traditionnellement issues du milieu carcéral contribue au renforcement de cette impression d'enfermement au sein d'un espace ouvert.[48] Il s'agit ni plus ni moins d'une extension du pouvoir psychiatrique au-delà des frontières institutionnelles, provoquant une reconfiguration des relations de pouvoir entre différents acteurs sociaux. Pour Klassen,[48] ce processus se décrit plus simplement par l'introduction progressive d'une logique de sécurité publique au sein des services de santé mentale. Cette logique constitue la partie visible de l'alliance précédemment décrite entre les domaines cliniques et juridiques.

Les constats de notre analyse suggèrent que cette alliance possède plusieurs effets concrets pour la pratique soignante, notamment : (1) un effet légitimant à l'égard de l'application de mesures d'exception aux droits fondamentaux en psychiatrie et (2) un effet de réification du domaine clinique par l'importation de critères juridiques au sein de la pratique soignante. Ce processus d'importation fut décrit et critiqué pour la première fois afin d'expliquer les enjeux associés au respect de la personne, plus précisément à la reconnaissance de son autonomie décisionnelle et à l'obtention conséquente de son consentement libre et éclairé concernant les soins et services lui étant proposés.[52-53] Bien qu'ils soient en apparence simples, il a été suggéré que les critères juridiques associés au consentement aux soins sont non seulement réducteurs de la complexité éthique et clinique de différentes situations, mais qu'ils peuvent également nuire à la reconnaissance des droits de certaines personnes en situation de vulnérabilité.[52-53]

Nous remarquons un processus similaire à l'égard des enjeux que soulève l'autorisation judiciaire de soins. Notre analyse démontre, par exemple, que les critères sur lesquels s'appuient les équipes soignantes afin de justifier la levée de l'autorisation judiciaire de soins sont dérivés d'une compréhension extrêmement variable de ses modalités d'application: la présence d'autocritique, la reconnaissance que les

avantages du traitement outrepassent ses désavantages, la démonstration d'une période de stabilité de l'état mental ou l'absence de symptômes aigus, la réduction du risque pour soi-même ou pour autrui, l'ouverture de la personnes aux interventions de l'équipe soignante ou de sa famille, l'implication active au sein du traitement, la responsabilisation de la personne vis-à-vis son état, la construction de relations interpersonnelles positives, ainsi que le caractère adéquat des conditions de vie associées à l'emploi et au logement sont au nombre des conditions évoquées par les équipes soignantes à l'international.[44,49,54-58] Il est utile de préciser que ces conditions varient selon les juridictions. Elles soulèvent toutefois différents enjeux moraux, notamment associés à la « bonne vie » et à l'idéalisation des normes de performance auxquelles la personne visée par l'autorisation judiciaire de soin est potentiellement soumise. Ces conditions semblent également et avant tout dépendantes d'une approche biomédicale de la santé mentale et d'une adhésion au régime pharmacothérapeutique.[12,44-48] Par extension, ces éléments soulignent la nécessité d'explorer de quelle manière s'opère le processus d'importation des normes juridiques vers le domaine clinique, ainsi que la compréhension qu'en ont les acteurs chargés de leur application.

Une identité morcelée

L'imposition de critères performatifs, normatifs et idéalisés (responsabilisation, adhérence au régime thérapeutique, qualité des relations sociales, sécurité d'emploi, stabilité du logement) influence l'identité de la personne visée par l'autorisation judiciaire de soins. L'ensemble de ces éléments contribuent ainsi à la construction discursive d'un sujet idéal et nécessite une reconfiguration identitaire conséquente lorsqu'un tel sujet se situe aux marges de la société. Cette reconfiguration est d'une part assimilable au processus de stigmatisation associé à la maladie mentale et semble d'autre part amplifiée par l'autorisation judiciaire de soin.[15] Il est utile de rappeler l'importance du stigmate avec lequel doivent composer les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale.[59] Ce stigmate s'exprime, par exemple, par la présence de stéréotypes, de préjugés et de situations de discrimination ciblant ces personnes.[59] Il s'exprime également par l'auto-stigmatisation, soit une adhésion de la personne aux stéréotypes associés à la maladie mentale, provoquant une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité.[59] Les écrits recensés, notamment en raison de la logique d'enfermement et de coercition précédemment décrite, suggèrent que l'imposition de l'autorisation judiciaire de soin pourrait avoir pour effet d'amplifier le processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation en privant la personne

du contrôle qu'elle peut exercer sur sa propre vie.[44,49,60] Ils suggèrent que cette même logique participe paradoxalement à la constitution du sujet résistant à une telle violence.[61]

Ce sentiment de perte de contrôle est décrit par certains comme la sensation « [...] d'être comme en prison, mais à l'extérieur. ».[49 p228, propos d'Emily, traduction libre] Cette métaphore illustre la force symbolique des représentations mobilisées afin de décrire l'autorisation judiciaire de soins,[50] ainsi que la logique disciplinaire qu'il est possible d'y inférer. Sans surprise, ces représentations ont un effet considérable sur le rapport intime qu'entretiennent ces personnes à l'autorisation judiciaire de soins. Les situations de déshumanisation, d'oppression, de discrimination, d'exclusion et de rejet sont au nombre des expériences documentées décrivant les effets de cette mesure sur la trajectoire de vie des personnes qu'elle vise.[50,62,63] L'amplification des processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation s'expliquerait donc en partie par l'intrication des dispositifs hospitaliers et judiciaires s'ajoutant aux effets, difficultés et enjeux préexistants attribuables à la maladie mentale.[60]

Différents paramètres identifiés au sein de la littérature mettent en lumière l'autorisation judiciaire de soin en tant que stratégie de subjectivation. Ainsi, la force symbolique de cette mesure participe à l'induction d'un sentiment de surveillance constante et facilite le processus d'assujettissement de la personne.[51,60] Pour certaines d'entre elles, il s'agit ni plus ni moins d'une prise d'assaut sur différents aspects de la vie quotidienne.[45,46,64] Les effets de ce processus sont avant tout identitaires, notamment lorsque cette mesure a pour effet de créer chez la personne un sentiment de « faire partie du gouvernement ».[51 p48, traduction libre] Cette métaphore est évocatrice de la logique de contrôle et de surveillance imputable à l'autorisation judiciaire de soins, que cela concerne ses objectifs anatomo- ou bio-politiques.[18,19] Une relation particulière entre l'autorisation judiciaire de soins et les personnes visée par cette mesure semble donc être à l'œuvre.[51] A priori, cette relation contredit le discours dominant généralement associé aux effets positifs de l'autorisation judiciaire de soins. En effet, différents contre-discours identifiés au sein de la littérature évoquent les effets potentiellement négatifs de cette mesure sur l'autonomisation de la personne et l'instauration d'une situation de dépendance conséquente à son application.[45,46,60]

Ainsi, à défaut d'être positionnée comme objet externe, temporaire et imposé à la personne, l'autorisation judiciaire de soins en vient plutôt à être construite comme un élément essentiel à son identité et son rétablissement.[47,49,54] Il

nous faut toutefois éviter de réifier l'identité de la personne sous autorisation judiciaire de soins à une entité unique dont les paramètres seraient fixes, mesurables et essentiellement déterminés par un investissement juridico-discursif. En effet, les identités portées par les personnes recevant des soins et des services de santé mentale sont polymorphes et influencées par une multiplicité de facteurs associés au statut socioéconomique, au genre, à l'ethnicité et au soutien familial, pour ne nommer qu'eux.

Un jeu de rôle complexe

Les écrits recensés lors de notre analyse donnent ouverture à une compréhension sommaire des paramètres interactionnels participants à définir les « règles du jeu » de l'autorisation judiciaire de soins.[15] Cette expression est déclinée de différentes manières (jouer le jeu, agir selon les règles, obéir aux règles) au sein des études recensées.[44,49,54,65-67] Bien que ces règles soient variables, certaines tendances semblent participer à la configuration générale des interactions entre les personnes visées par l'autorisation judiciaire de soins et leurs systèmes de soutien. D'une part, le contrôle de l'information entre les différents acteurs semble constituer un facteur déterminant à l'action. D'autre part, un système complexe de consolidation des rôles semble être en place. Celui-ci semble réguler l'accès aux services de santé mentale, mais également participer au processus d'ajustement de chaque acteur. Finalement, l'adhésion raisonnée au traitement pharmacologique semble constituer un facteur déterminant l'absence de réhospitalisation et la levée de l'autorisation judiciaire de soins. À ce titre, il est utile de préciser que la réhospitalisation (recall) est un mécanisme prévu par certaines juridictions, dont l'Angleterre, conférant à la personne cliniquement responsable de l'autorisation judiciaire de soin le pouvoir d'hospitaliser la personne visée aux fins d'observation sous certaines conditions et pour une durée limitée.[1]

Le contrôle de l'information transmise à la personne est un premier enjeu indéniable, dans la mesure où ce n'est qu'à partir de ces informations que la personne peut comprendre les règles du jeu et s'y adapter. À l'inverse, l'insuffisance de ces informations contribuera au cynisme de l'acteur quant à sa participation au traitement et à ses chances de succès. En effet, l'asymétrie des pouvoirs s'exerçant entre la personne et l'équipe soignante peut donner l'impression à la personne que les décisions sont prises de façon arbitraire et sans respect des procédures juridiques normalement établies.[51,63,67] Nous verrons que cette impression est susceptible de fragiliser les rapports sociaux entretenus entre les différents acteurs. Les

informations participant à la cohérence des interactions entre la personne visée par l'autorisation judiciaire de soins et ses systèmes de soutien réfèrent quant à elles aux particularités du traitement proposé, mais également aux procédures d'application de cette mesure, aux conditions permettant sa levée, aux droits et aux recours disponibles à la personne dans ce contexte, ainsi qu'à toute information permettant à la personne de comprendre l'étendue de ses ramifications sur son quotidien. Malheureusement, ces informations ne semblent pas systématiquement transmises ou comprises par la personne.[63,67] Elles sont, la plupart du temps, apprises au fil des interactions avec l'équipe soignante [68]. Notons également que de telles informations semblent bien souvent référer aux attentes des équipes, plutôt qu'aux possibilités de contestation accessibles à la personne. Certaines études suggèrent que cette interface est totalisante, car elle induit une perception de contrôle absolu de l'ensemble de la vie quotidienne.[45,51] Certaines nuances sont toutefois nécessaires, notamment lorsque la personne est informée que l'autorisation judiciaire de soins ne concerne que les soins nécessaires à sa condition de santé et ne concerne donc pas ses activités personnelles.[45]

Notre analyse illustre également la présence d'un système de consolidation des rôles complexe par l'intermédiaire duquel sont exprimés, ajustés et renforcés les performances de chaque acteur.[46,47] D'une part, le rôle des personnes visées par l'autorisation judiciaire de soins en tant qu'utilisatrices de services est réaffirmé, plusieurs études évoquant l'utilité de cette mesure comme filet de sécurité pour la personne et son entourage, en plus de garantir un accès et une intensité de services adaptés aux besoins de cette dernière.[46,47,68,69] L'autorisation judiciaire de soins est ainsi décrite comme facilitant la mise en place de frontières interpersonnelles et d'un cadre à l'action.[46,47] Malgré que les familles et proches de la personne adoptent une fonction sentinelle au quotidien, le partenariat entre ces derniers et les équipes soignantes semble symbolique et parfois remis en question lors de l'autorisation judiciaire de soins.[12,66] Plusieurs études reconnaissent ainsi l'importance du rôle de soutien des familles et des proches, mais également la difficulté de les impliquer activement en raison de la confidentialité des informations.[12,51,66] Ces derniers, sans posséder une information complète, doivent assurer une surveillance informelle et partagent la responsabilité associée aux soins de la personne.[12,66] Paradoxalement, certains droits de la personne visée par cette mesure et particulièrement le droit à la confidentialité semblent réaffirmés lorsqu'il est question de l'implication de leurs familles et de leurs proches. La mise en place d'un cadre à l'action par l'intermédiaire duquel les

relations entre la personne et l'institution sont renforcées et les relations entre l'institution et les familles de ces personnes sont contestées semble ainsi avoir pour effet indirect de consolider la relation singulière, précédemment décrite, qui semble à l'œuvre entre la personne et l'institution.[51]

Les professionnels de la santé expriment pour leur part un ensemble de difficultés pratiques et théoriques associées à leur rôle et au maintien de l'alliance thérapeutique en contexte de coercition.[70] Un paradoxe important semble être présent chez les intervenants, particulièrement auprès des infirmières et des travailleurs sociaux, en raison du contexte coercitif induit par l'autorisation judiciaire de soins. Cette situation semble s'expliquer en partie par la cohabitation des obligations légales associées à l'application de l'autorisation judiciaire de soins et des obligations professionnelles associées à la pratique courante.[69-71] Le rôle des soignants oscille donc entre l'action dite « thérapeutique » et l'action dite « coercitive », une cohabitation difficile dont les enjeux sur la pratique soignante sont souvent évoqués.[72,73] Chose certaine, les expériences positives décrites par les personnes sous autorisation judiciaire de soins sont celles s'appuyant sur la fonction caritative de la pratique soignante et au partenariat s'exerçant avec les équipes.[46,74] Paradoxalement, la qualité de la relation thérapeutique serait nécessaire au bon fonctionnement de l'autorisation judiciaire de soins.[58] À l'inverse, les expériences plus négatives décrites par ces personnes réfèrent à un manque d'informations et d'implication, à un contrôle important de différents aspects de la vie personnelle et à la fonction coercitive inhérente à l'autorisation judiciaire de soins.[74,75] Fait intéressant à noter, certains intervenants estiment également que l'usage de l'autorisation judiciaire de soins outrepassé parfois son caractère exceptionnel en étant mobilisée sans être requise ou en étant maintenue sans être justifiée.[75]

Le dernier constat de notre étude réfère à la démonstration, par la personne visée par l'autorisation judiciaire de soins, d'une adhésion raisonnée au traitement proposé. Nous entendons par cela que la personne doit exprimer une fidélité à son traitement, mais également reconnaître la nécessité de celui-ci pour son rétablissement. Ces enjeux relèvent ainsi d'une certaine idée de la présentation de soi en tant que sujet rationnel et adhérent au traitement.[25] La personne visée par l'autorisation judiciaire de soins doit conséquemment apprendre à se présenter adéquatement aux personnes en position d'autorité en démontrant que ses apprentissages et ses comportements évacuent la nécessité de maintenir l'autorisation judiciaire de soins.[68] Dans ce contexte, il apparaît plutôt difficile pour la personne d'exprimer un refus

– pouvant pourtant être également raisonné – à l'égard des soins proposés sans que cette opposition ne soit perçue comme un synonyme d'inaptitude, ou qu'elle ne remette en question la légitimité de la personne à « jouer son rôle ». Ainsi, la personne visée est construite comme étant à la fois potentiellement adhérente et résistante à son traitement, porteuse d'un risque clinique que l'équipe cherchera à minimiser.[48] La définition commune de la situation et des rôles imposés par l'autorisation judiciaire de soin implique ainsi une déférence complète au jugement du médecin et des équipes traitantes, ainsi qu'aux interventions essentiellement pharmacologiques proposées par leur intermédiaire.[12,44-48]

Différentes stratégies de résistance

Nous avons précédemment démontré que la personne visée par l'autorisation judiciaire de soins doit : (1) opérer une transition d'un rôle social préalablement défini par la maladie mentale à un rôle social défini par la coercition, en plus (2) d'ajuster sa performance aux différentes contraintes (légales, procédurales et cliniques) inhérentes à l'autorisation judiciaire de soins. Devant l'étendue de ces modalités, la personne peut ainsi adopter un mode d'action oscillant entre la résistance et la résignation.[60] L'axiologie développée par Jobling[76] est conforme aux constats de différents auteurs.[51,60,64] Celle-ci permet de qualifier ces modes d'action par la résistance ou l'acceptation, qu'elle soit passive ou active. Pour cet auteur, l'acceptation active se caractérise par la reconnaissance des objectifs poursuivis par l'autorisation judiciaire de soins et des traitements imposés par son intermédiaire, ainsi que par une participation conséquente de la personne à ces derniers.[51] L'acceptation passive réfère plutôt à un degré d'implication minimal de la part de la personne et la délégation des décisions relatives au traitement à l'équipe soignante.[60,64]

La résistance passive se traduit par l'insatisfaction de la personne à l'égard de l'autorisation judiciaire de soins, ou à tout le moins par une certaine ambiguïté, sans nécessairement qu'elle n'agisse afin de la contester.[51,65,75,76] La résistance active se résume finalement par le fait de « [...] travailler avec les outils du système en utilisant tous les leviers légaux disponibles afin de contester l'autorisation judiciaire de soins [ou] travailler à l'extérieur du système en agissant comme si cette mesure n'existait pas [...] ».[76 p60, traduction libre] Ce dernier mode d'action constitue une ultime stratégie par l'intermédiaire duquel la personne réaffirme le contrôle de son existence et de ses droits. Cette forme de résistance se solde toutefois bien souvent par l'interpellation de la personne par les services policiers et sa réhospitalisation.[76]

Deux médiateurs sont finalement identifiés au sein de la littérature et semblent influencer la morphologie de ces modes d'action. D'une part, l'accès ou l'absence d'informations à l'égard de l'autorisation judiciaire de soins constitue un enjeu essentiel à l'exercice d'un certain pouvoir de la part de la personne sous sa gouverne. On remarque, par exemple, le maintien d'une relation de dépendance envers le personnel soignant en raison du manque d'implication et d'information transmises à la personne.[11,67] Certaines d'entre elles ont une compréhension limitée des soins leur étant imposés, ainsi que des procédures légales les ciblant : elles expriment également un manque de confiance en leur capacité de contester efficacement l'autorisation judiciaire de soins devant le tribunal.[63,65] Chose certaine, la compréhension des informations relatives à cette mesure permet à la personne de mieux définir sa stratégie, qu'elle relève de la participation active au partenariat de soin [46] ou de l'obéissance au rythme imposé par l'autorisation judiciaire de soins afin d'éviter la réhospitalisation.[77] À l'inverse, le manque de contrôle perçu sur la situation peut contribuer à la résignation de la personne, mais également au cynisme de cette dernière à l'égard de ses possibilités d'action au sein du traitement imposé.

La peur de la réhospitalisation constitue finalement un objet de négociation évident au sein des écrits recensés.[45,55,56,78] Cette peur ne semble pas émerger d'une menace explicitement formulée à l'intention de la personne, mais plutôt de l'incertitude que l'autorisation judiciaire de soins peut induire chez cette dernière. Ce faisant, cette peur favorise son autorégulation ainsi que l'intériorisation des normes performatives associées à l'autorisation judiciaire de soins. [45] Il est également logique d'estimer que l'espoir de la levée de l'autorisation judiciaire de soins pourrait constituer un objet de négociation tout aussi important. Ce n'est toutefois pas le cas et peu d'écrits permettent de comprendre l'importance de cette dimension sur le processus de rétablissement de la personne. L'imprécision des critères associés à la levée de l'autorisation judiciaire de soin, ou le sentiment que sa levée éventuelle soit improbable, pourrait expliquer cette situation. [49] Toutefois, l'absence de données empiriques ciblant cet aspect précis est en elle-même préoccupante étant donné la nature exceptionnelle de l'autorisation judiciaire de soins et l'atteinte minimale aux droits fondamentaux qu'elle devrait normalement exiger. Ces deux derniers éléments semblent toutefois constituer des motivateurs intrinsèques aux processus d'ajustement des interactions, aux cantonnements des acteurs au sein de leur rôle et aux stratégies de résistance employées par la personne sous autorisation judiciaire de soins.

Discussion

Implications pour la pratique soignante

Les résultats de notre analyse fournissent plusieurs pistes de réflexion eut égard aux enjeux cliniques et juridiques de l'autorisation judiciaire de soins. Comme nous l'avons démontré, cette mesure s'appuie sur la force symbolique des lois afin d'acquiescer sa légitimité.[45] Par son intermédiaire, la personne visée subit une forme ponctuelle « d'abandon au droit » justifiée par un critère de nécessité.[6,79 p10] Malgré l'effritement des frontières institutionnelles, cette mesure participe à la création et au maintien de zone de non-citoyenneté au sein de laquelle chemine la personne jusqu'à ce qu'elle retrouve sa légitimité. Ainsi, pour certaines personnes, l'autorisation judiciaire de soins est avant tout caractérisée par une « [...] intense complexité pratique, morale, existentielle et légale. ».[60 p350, traduction libre] Les effets aigus ou persistants de la maladie mentale, l'absence d'implication de cette dernière au sein du traitement imposé, de même que le manque d'informations offertes au sujet de cette mesure,[11,63,65,67] ne peuvent que participer à cette situation.

Cette interface participe également au maintien de l'hégémonie du discours biomédical en limitant bien souvent l'offre de soins et de services au régime pharmacologique.[12,44-48] L'adhésion de la personne à ce régime s'ajoute à la nécessité d'atteindre différentes normes de performances idéalisées et a pour effet de consolider (1) la tendance des systèmes de soutien à médicaliser toute problématique vécue par la personne[80] et (2) les situations d'inégalité et d'iniquité sociales touchant les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale et limitant de ce fait leurs opportunités d'action [81]. A contrario, il est utile de préciser que certaines études recensées évoquent différents effets positifs de l'autorisation judiciaire de soins sur le rétablissement des personnes visées par cette mesure, notamment en raison de son caractère déterminant afin d'instaurer un cadre à l'action et d'assurer une reprise du contrôle sur sa propre vie.[46,47]

Malgré qu'elle soit décrite comme une force majeure, utilisée en derniers recours et répondant à des circonstances exceptionnelles, l'usage de la coercition en milieu psychiatrique exige une analyse approfondie de ses effets sur la personne et sur l'exercice de ses droits. Il y a conséquemment lieu de suggérer la pertinence d'une étude attentive des mécanismes d'appropriation de cet objet juridique par la pratique clinique, que cela concerne par exemple ses modalités d'application ou d'ajustement. L'application de l'autorisation judiciaire de soins

a avant tout pour effet de créer un nouvel espace relationnel et politique au sein duquel différentes tensions sont à l'œuvre et se heurtent avec une force variable. L'usage de différentes stratégies par la personne, dont l'obéissance et le partenariat,[46,77] est sans doute l'aspect de plus évocateur de ces tensions. Ainsi, l'acceptation et/ou la résistance semblent soutenues par des mécanismes de contrôle s'appuyant sur le rapport qu'entretient la personne envers son identité propre. Il s'agit d'une forme de surveillance dont les foyers sont à la fois multiples et invisibles, autorisant de ce fait la gestion de la déviance au sein d'espaces ouverts. La peur de la réhospitalisation et la multiplicité des mécanismes de captation de la personne en viennent à potentialiser un sentiment de visibilité constante,[51,65] favorisant l'intégration de l'autorisation judiciaire de soins à même son identité.

La signification de l'autorisation judiciaire de soins semble toutefois différente pour les équipes soignantes. Si cette dernière a pour effet principal d'imposer une cohabitation parfois difficile entre la relation thérapeutique et la coercition, l'intégration de cette mesure au quotidien de la pratique suggère différents enjeux dont l'issue est encore incertaine. Ces enjeux sont de trois ordres. D'une part, les cliniciens sont conscients de leurs obligations légales et de la nécessité d'une compréhension adéquate des lois guidant leur pratique.[82] D'autre part, la force symbolique de la loi semble être régulièrement utilisée comme levier afin de favoriser l'adhésion au traitement, même si un tel traitement est dans les faits offert sur une base volontaire.[45,50,51,60,82] Finalement, notre analyse a exposé la variabilité des critères cliniques considérés par les équipes soignantes à l'égard de cette mesure.[44,49,54-58]

Les responsabilités attribuées au personnel soignant, la force symbolique des lois d'exception associées à l'autorisation judiciaire de soins et la variabilité de leurs modalités d'application suggèrent la présence d'interactions complexes et constantes entre les domaines cliniques et juridiques. Un processus de transfert des normes du domaine juridique vers le domaine clinique semble donc être à l'œuvre, sans toutefois que ses paramètres ne soient davantage explorés. Sans prétendre que les professionnels de la santé « interprètent les lois » ces derniers doivent toutefois posséder une compréhension générale de leurs obligations en contexte psychiatrique. Il est conséquemment important d'étudier plus en détails cette dynamique et plus particulièrement la portée juridique de modes d'action typiquement extra juridiques.[83] Cette démarche nous semble essentielle afin d'éviter une instrumentalisation du droit par les acteurs à qui la loi délègue

des pouvoirs d'exception, en plus de déterminer comment le jugement éthique des intervenants s'exprime lorsque de telles mesures sont appliquées au quotidien de la pratique clinique.

Notre analyse illustre les effets structurants qu'impose l'autorisation judiciaire de soins sur le rétablissement des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale sévère. Si cette approche est essentiellement décrite à partir des critères juridiques autorisant son application, il apparaît nécessaire de mieux comprendre l'étendue de sa portée et de sa signification clinique. Cette mesure peut effectivement imposer des soins et des services requis par l'état de santé et qui auraient été autrement refusés par la personne jugée inapte,[75] mais plusieurs de ses paramètres et de ses effets (la multiplicité et l'asymétrie des critères employés afin de justifier son application, l'intensification des processus de stigmatisation, l'entrave à l'autonomisation, la judiciarisation progressive des pratiques soignantes, le manque d'information à l'égard du traitement et des procédures légales ayant cours, l'exclusion des familles et des proches) s'éloignent des principes fondamentaux de la pratique auprès de populations marginalisées et en viennent à exiger une plus grande vigilance des professionnels de la santé dans ce contexte.

Limites de cette étude

Comme nous l'avons précédemment abordé, les paramètres juridiques et procéduraux de l'autorisation judiciaire de soins varient selon les juridictions. Les éléments précédemment énumérés, notamment ceux relevant de la mise en œuvre de l'autorisation judiciaire de soins, sont autant de variables ayant une influence sur la dynamique relationnelle s'exerçant entre la personne visée et ses systèmes de soutien. Bien que des principes transversaux à l'autorisation judiciaire de soins soient existants [6], ces résultats doivent être interprétés en fonction du contexte juridique et administratif local dans lequel cette mesure s'insère. Ces résultats permettent de mieux saisir les enjeux éthiques, légaux et cliniques de l'autorisation judiciaire de soins sans toutefois associer directement de tels enjeux à son efficacité clinique. Les résultats de cette recherche militent en faveur d'une exploration contextuelle plus soutenue des effets de cette mesure sur les acteurs impliqués, ainsi que d'une reconnaissance de la contribution que la recherche qualitative peut apporter afin de réfléchir aux enjeux pratiques et théoriques qu'elle soulève.[5,9]

Conclusion

Comme nous l'avons précédemment exposé, l'usage de l'autorisation judiciaire de soins est difficilement justifié par

les données probantes,[5,7,9] ce qui affaiblit de facto tout argument relatif à sa justification éthique et clinique.[5,9] Le manque de données probantes soutenant son utilisation soulève ainsi d'importants enjeux pour la pratique soignante. Ces enjeux sont d'ordre clinique, puisque cette mesure ne peut être considérée comme étant supérieure au traitement offert sur une base volontaire.[5,9] Ils sont aussi d'ordre légal et éthique, puisque l'absence de bénéfices clairs s'ajoute au caractère exceptionnel de cette mesure et à ses effets importants sur la reconnaissance, l'expression et l'exercice des droits fondamentaux de la personne qu'elle vise. Malgré qu'elle soit utilisée en dernier recours, cette mesure semble être en porte-à-faux envers le principe d'atteinte minimale pouvant justifier l'atteinte à ces droits.[5] Par extension, ces considérations affaiblissent l'argumentaire éthique à l'effet duquel l'autorisation judiciaire de soins serait systématiquement au bénéfice de la personne visée par cette mesure, que cela concerne sa condition clinique ou l'exercice de ses droits.

La question de la facilitation de l'accès aux soins et services de santé mentale par l'intermédiaire de cette mesure mérite également d'être abordée.[10] Il y a lieu de craindre une judiciarisation insidieuse du domaine clinique si la mise en place de mécanismes tels que l'autorisation judiciaire de soin en vient à être l'unique levier d'action permettant d'offrir des soins et services aux personnes aux prises avec une problématique de santé mentale sévère. Bien que l'application de cette mesure puisse être déterminante sur le rétablissement de la personne et justifiée par un critère de nécessité, l'augmentation de son utilisation à l'échelle internationale exige une analyse éthique, clinique et juridique de ses usages.[5,9,13] Il est utile de rappeler que c'est avant tout l'environnement de soins et l'intensité des services offerts, plutôt que la coercition, qui constituerait un déterminant du processus de rétablissement.[5] À l'inverse, il semble finalement important d'étudier comment l'accès à de tels services en temps opportun peut influencer la perception des différents acteurs à l'égard de l'autorisation judiciaire de soins.

Références

1. Rugkåsa J, Yeeles K, Koshiaris C, Burns T. Recall of patients on community treatment orders over three years in the OCTET CTO cohort. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1): 1-6.
2. LégiQuébec. Code Civil du Québec. 2018. Disponible sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991> Consulté le 10 août 2018

3. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). « L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins : Je me renseigne, je me prépare » Guide d'information. 2014. Disponible sur http://droitsaccés.com/wp-content/uploads/2016/09/GuideAJS-2014_web.pdf
4. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). L'autorisation judiciaire de soins : Le trou noir de la psychiatrie - étude et analyse de 150 jugements, réflexions sur la pratique et recommandations de l'agidd-smq. 2014. Disponible sur http://www.endroitlaval.com/wp-content/uploads/2017/10/AJS_trou_noir_psychiatrie_web.pdf
5. Rugkåsa J, Burns T. Community treatment orders: Are they useful? *BJPsych Advances* 2017; 23(4): 222-230.
6. Dawson J. Community treatment order legislation in the Commonwealth. In: Molodynski A, Rugkåsa J & Burns T (eds.). *Coercion in community healthcare : International perspectives*. Oxford, United-Kingdom: Oxford University Press, 2016; 23-44.
7. Rugkåsa J. Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2016; 61(1): 15-24.
8. Gray, J. E., Hastings, T. J., Love, S., & O'Reilly, R. L. (2016). Clinically significant differences among Canadian Mental Health Acts: 2016. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 222-226.
9. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 3: CD004408.
10. Corring D, O'Reilly R, Sommerdyk C. A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. *Int J Law Psychiatry* 2017; 52: 74-80.
11. Banks LC, Stroud J, Doughty K. Community treatment orders: exploring the paradox of personalisation under compulsion. *Health & Social Care in the Community* 2016; 24(6): e181-e190.
12. Stensrud B, Høyer G, Granerud, A., Landheim, A.S. 'Responsible, but Still not a Real Treatment Partner': A Qualitative Study of the Experiences of Relatives of Patients on Outpatient Commitment Orders. *Issues Ment Health Nurs*. 2015; 36(8): 583-591.
13. Kisely S, Xiao J, Jian L. Changes in determinants of compulsory community treatment over 11 years. A population-based analysis of linked mental health databases. *Psychiatry Res* 2015; 230(2): 400-405.
14. Goulet MH, Pariseau-Legault P, Côté C, Klein A, Crocker AG. Multiple Stakeholders' Perspectives of Involuntary Treatment Orders: A Meta-synthesis of the Qualitative Evidence toward an Exploratory Mode. *International Journal of Forensic Mental Health* 2019.
15. Gault, I. Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health Soc Care Community* 2009; 17(5): 504-13.
16. Otéro M, Kristoffersen-Dugré, G. Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale. 2012. Disponible sur http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/rapport_final.pdf . Consulté le 26 juillet 2018.
17. O'Reilly R, Vingilis E. Are Randomized Control Trials the Best Method to Assess the Effectiveness of Community Treatment Orders? *Adm Policy Ment Health* 2018; 45(4): 565-574.
18. Foucault M. *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1994.
19. Foucault, M. *Surveiller et punir (2e éd.)*. Paris : Gallimard, 1993.
20. Macmillan, A. La biopolitique et le dressage des populations. *Cultures & Conflits* 2010; 78: 39-53.
21. Deleuze G. Post-scriptum sur les sociétés de contrôle. In: G. Deleuze (ed.), *Pourparlers 1972-1990*. Paris: Éditions de Minuit; 240-247.
22. Mazabraud B. Foucault, le droit et les dispositifs de pouvoir. *Cités* 2010; 2:127-189.
23. Agamben, G. *Théorie des dispositifs*. *Po&sie* 2006; 1(115): 25-33.
24. Foucault M. Le jeu de Michel Foucault. In: Defert D and Ewald F (eds). *Michel Foucault: Dits et écrits II: 1956-1988*. Paris: Gallimard, 2001; 298 -329.
25. Goffman, E. *La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi*. Paris: Éditions de Minuit, 1973.
26. Goffman. E. *Asiles : étude de la condition sociale des maladies mentales*. Paris: Éditions de Minuit, 1998.
27. Goffman, E. *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit, 1975.
28. Rostaing C. *Les 100 mots de la sociologie : Stigmate*. 2015. Disponible sur <http://journals.openedition.org/sociologie/2572> . Consulté le 30 juillet 2018.

29. Hacking I. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society* 2004; 33(3): 277-302.
30. Lagrange J. Foucault et les psy. *Psychanalyse et université* 1976; 4: 704-707.
31. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. New-York: Sage Publications, 1988.
32. Grose J, Richardson J. Using meta-ethnography to understand the emotional impact of caring for people with increasing cognitive impairment. *Nursing & Health Sciences* 2013; 15: 113-123.
33. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, Yardley L, Pope C, Donovan J. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment* 2011; 15(43): 1-140.
34. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC medical research methodology* 2008; 8(1): 1-10.
35. Joanna Briggs Institute. Checklist for Qualitative Research. 2017. Disponible sur <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
36. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker, K. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *BMC Medical Research Methodology* 2014; 14(80): 2-14.
37. Jäger S., Maier F. Theoretical and methodological aspects of Foucauldian critical discourse analysis and dispositive analysis. In: Wodak R & Meyer M (eds.). *Methods of critical discourse analysis*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2001; 32-62.
38. Denzin, N.K., & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research* (5e édition). Thousand Oaks: SAGE.
39. McHoul A, Grace W. *A Foucault primer: Discourse, power, and the subject*. New York: New-York University Press, 1997.
40. Alexandre SA, Coveney J. A critical discourse analysis of Canadian and Australian public health recommendations promoting physical activity to children. *Health Sociology Review* 2013; 22(4): 353-364.
41. Arhin AO, Cormier E. Using deconstruction to educate Generation Y nursing students. *Journal of Nursing Education* 2007; 46(12): 562-567.
42. Rudge T, Holmes D, Perron A. The rise of practice development within reformed bureaucracy: Discourse, power and the government of nursing. *Journal of Nursing Management* 2011; 19(7): 837-844.
43. Bernheim, E. The "Rethoric of Rights" in Mental Health: Between Equality, Responsibility and Solidarity. In: Holmes D, Jacob JD & Perron A (eds.), *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. New-York: Routledge, 2014; 47-60.
44. Brophy L, Ring D. The efficacy of involuntary treatment in the community: Consumer and service provider perspectives. *Social Work in Mental Health* 2004; 2(2-3): 157-174.
45. Canvin K, Rugkasa J, Sinclair J, Burns T. Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: Qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49(12): 1873-1882.
46. Stuen HK, Rugkasa J, Ladheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 1-13.
47. Stroud J, Banks L, Doughty K. Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *Journal of Mental Health* 2015; 24(2): 88-92.
48. Klassen AL. Spinning the revolving door: The governance of non-compliant psychiatric subjects on community treatment orders. *Theoretical Criminology* 2017; 21(3): 361-379.
49. Gibbs A. Coping with compulsion: women's views of being on a community treatment order. *Australian Social Work* 2010; 63(2): 223-233.
50. Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. *L'information psychiatrique* 2017; 93(5): 381-386.
51. Wyder M, Bland R, Herriot A, Crompton D. The experiences of the legal processes of involuntary treatment orders: Tension between the legal and medical frameworks. *International Journal of Law & Psychiatry* 2015; 38: 44-50.
52. 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.
53. Lecomte J, Caux C. Le consentement aux soins en contexte d'intervention psychosociale: État des connaissances et réflexions. In : *Service de la formation continue du Barreau*

- du Québec (ed.), La protection des personnes vulnérables. Cowansville : Éditions Yvon Blais, 2011 : 215- 236.
- 54.Dawson J, Mullen R. Insight and use of community treatment orders. *Journal of Mental Health* 2008; 17(3); 269-280.
- 55.Gibbs A, Dawson J, Ansley C, Mullen R. How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal of Mental Health* 2005; 14(4); 357-368.
- 56.Gibbs A, Dawson J, Forsyth H, Mullen R. Maori experience of community treatment orders in Otago, New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38; 830-835.
- 57.Gibbs A, Dawson J, Mullen R. Community treatment orders for people with serious mental illness: a New Zealand study. *British Journal of Social Work* 2006; 36(7); 1085-1100.
- 58.Mullen R, Dawson J, Gibbs A. Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment Orders. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29(6); 535-550.
- 59.Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke, M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* 2016; 387; 1123-1132.
- 60.Light EM, Robertson MD, Boyce P, Carney T, Rosen A, Cleary M, Hunt GE, O'Connor N, Ryan C, Kerridge IH. The lived experience of involuntary community treatment: A qualitative study of mental health consumers and carers. *Australasian Psychiatry* 2014; 22; 345-351.
- 61.Wildeman S. Agonizing identity in mental health law and policy (Part II): A political taxonomy of psychiatric subjectification. *The Dalhousie Law Journal* 2016; 39(1); 148-193.
- 62.Livingston JD, Rossiter KR, Verdun-Jones SN. 'Forensic' labelling: an empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 188(1); 115-122.
- 63.Schwartz K, O'Brien AM, Morel V, Armstrong M, Fleming C, Moore P. Community treatment orders: The service user speaks exploring the lived experience of community treatment orders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2010; 15(1); 39-50.
- 64.Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. A 'bittersweet pill to swallow': learning from mental health service users' responses to compulsory community care in England. *Health & Social Care in the Community* 2002; 10(5); 361-369.
- 65.Ridley J, Hunter S. Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community* 2013; 21(5); 509-518.
- 66.Ridley J, Hunter S, Rosengard A. Partners in care?: views and experiences of carers from a cohort study of the early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community* 2010; 18(5); 474-482.
- 67.Stensrud B, Hoyer G, Granerud A, Landheim A. "Life on hold": A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing* 2015; 36(3); 209-216.
- 68.Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, McMillan J. A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry* 2015; 15; 1-17.
- 69.Riley H, Lorem GF, Høyer G. Community treatment orders- what are the views of decision makers? *Journal of Mental Health* 2016; 27(2); 97-102.
- 70.Light E, Kerridge I, Robertson M, Boyce P, Carney T, Rosen A, Cleary M, Hunt G, O'Connor N, Ryan C. Involuntary psychiatric treatment in the community: general practitioners and the implementation of community treatment orders. *Australian Family Physician* 2015; 44(7); 485-489.
- 71.Stensrud B, Høyer G, Beston G, Granerud A, Landheim AS. "Care or control?": a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2016; 51(5); 747-755.
- 72.Holmes D, Jacob J. Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers* 2012 : 111(4); 57-66.
- 73.Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, McMillan J. Examining the use of metaphors to understand the experience of community treatment orders for patients and mental health workers. *BMC psychiatry* 2016; 16(1); 1-16.
- 74.Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing* 2015; 24(2); 181-189.
- 75.O'Reilly R, Corring D, Richard J, Plyley C, Pallaveshi L. Do

intensive services obviate the need for CTOs? *International journal of law and psychiatry* 2016: 47; 74-78.

76. Jobling H. Using ethnography to explore causality in mental health policy and practice. *Qualitative Social Work. Research and Practice* 2014: 13; 49-68.

77. Riley H, Hoyer G, Lorem GF. 'When coercion moves into your home'-A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & Social Care in the Community* 2014: 22; 506-514.

78. O'Reilly RL, Keegan DL, Corring D, Shrikhande S, Natarajan D. A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006: 29(6); 516-524.

79. Agamben G. *État d'exception : Homo sacer*. Paris : Éditions du Seuil, 2003.

80. Player CTL. Outpatient commitment and procedural due process. *International Journal of Law and Psychiatry* 2015: 38; 100-113.

81. Bernheim E. *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*. 2015. Disponible sur <https://archipel.uqam.ca/7291/1/bernheim.pdf> Consulté le 10 août 2018

82. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC medical ethics* 2015: 16(1); 1-12.

83. Pariseau-Legault P. Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière : Une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique. *Aporia* 2017 : 9(2); 14-25.

Remerciements

Le second auteur est titulaire d'une bourse de recherche des Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC).

Pour contacter les auteurs :

*Pierre Pariseau-Legault, inf., PhD, LL.M.
Professeur agrégé
Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais
5, rue Saint-Joseph, bureau J-3206
Saint-Jérôme, Québec, J7Z 0B7
Canada
courriel : pierre.pariseau-legault@uqo.ca*

*Marie-Hélène Goulet, inf., Ph.D.
Professeure adjointe
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières*

*Anne G. Crocker, Ph.D.
Professeur titulaire
Université de Montréal
Département de psychiatrie et d'addictologie*

*Directrice
Recherche et enseignement universitaire
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel*