

Résumé

Au cours des vingt dernières années, plusieurs changements sociaux et politiques ont contribué à la transformation des pratiques d'intervention en psychiatrie. Ces changements sont notamment expliqués par le rapprochement continu des espaces hospitaliers et de justice. L'objectif de cet article est de discuter de la contribution du concept d'hétérotopie pour l'étude de ce phénomène et s'appuie sur les résultats d'une recherche ethnographique réalisée dans l'un de ces espaces, la Commission d'examen. Les considérations théoriques et méthodologiques de ce projet, de même que le rôle de la Commission d'examen, seront d'abord discutées. La première partie de cet article portera sur la juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice et ses conséquences sur les relations existantes entre les acteurs intra- et extra-juridiques. La dernière partie de cet article s'intéressera à la signification clinique de la judiciarisation et plus particulièrement des espaces de justice en santé mentale pour le travail infirmier.

Mots clés coercition, droits humains, ethnographie, justice procédurale, psychiatrie

Lorsque la maladie mentale s'invite au banc des accusés : Ethnographie de la Commission d'examen et des espaces de justice hospitalière

PIERRE PARISEAU-LEGAULT, EMMANUELLE BERNHEIM, GUILLAUME OUELLET, & NICOLAS SALLÉE

Introduction

Au cours des vingt dernières années, plusieurs changements sociaux et politiques ont contribué à la transformation profonde des pratiques d'intervention en psychiatrie. Ces changements sont notamment expliqués par la mise en œuvre de politiques publiques essentiellement centrées sur la gestion de crise, la contiguïté des domaines cliniques et juridiques et l'émergence d'un discours centré sur la sécurité plutôt que la santé publique.[1,2] Le recours à la coercition formelle en

psychiatrie est sans doute le phénomène illustrant le mieux cette tendance à la judiciarisation des soins et services de santé mentale, une pratique profondément enracinée dans quotidien et le fonctionnement des équipes soignantes.[3,4] La judiciarisation des soins et services de santé mentale fait ainsi appel à un ensemble hétérogène de tribunaux, de procédures et de programmes de nature civile et criminelle qui font en sorte que ces espaces de soin à l'intersection de la psychiatrie et de la justice sont particulièrement difficiles à saisir. Très peu de données interrogeant la nature, l'étendue et les particularités du phénomène de la coercition en santé mentale à travers le monde sont par conséquent disponibles, bien que plusieurs juridictions soient dotées de dispositifs de collecte d'informations à cet égard.[4]

Au Canada et au Québec, ce phénomène se traduit par un recours à l'hospitalisation involontaire[5,6], à l'autorisation judiciaire de soin[7] et, plus récemment, aux tribunaux spécialisés en santé mentale[8]. Par exemple, dans la province de l'Ontario (Canada) plus de 70% des personnes admises en établissement de santé font l'objet d'une

ordonnance d'hospitalisation involontaire.[5] L'utilisation fréquente ou croissante des autorisations judiciaires de soins fait également l'objet de nombreux débats[4] : une récente méta-synthèse suggère qu'elles ne sont pas plus efficaces que les soins et services offerts sur une base volontaire,[9] ce qui affaiblit grandement leur justification éthique, clinique et juridique. Leur usage est également problématique du fait que ces mesures d'exception et de dernier recours sont paradoxalement décrites comme pouvant garantir un meilleur accès aux soins et services de santé mentale.[10-13] Les tribunaux spécialisés en santé mentale sont quant à eux définis comme "des tribunaux de droit criminel créés pour entendre des accusés qui ont des troubles mentaux et d'autres problèmes connexes".[8] Ils ont comme mandat informel de répondre aux besoins particuliers des accusés tout en évitant leur judiciarisation ou en minimisant leurs risques de récidive.[14] L'existence des tribunaux spécialisés en santé mentale contribue à redéfinir les contours de la justice en psychiatrie et les modalités de traitement de personnes judiciarisées aux prises avec une problématique de santé mentale. Bien que ces tribunaux aient une vocation thérapeutique, peu de données permettent de comprendre le rôle du personnel soignant au sein de ce dispositif.

C'est dans ce contexte que nous avons amorcé, en 2018, un travail ethnographique visant à documenter les particularités d'une justice spécialisée en santé mentale dont on dit sans cesse qu'elle est plus humaine, plus thérapeutique[15] et par conséquent plus clinique. L'objectif de cet article est de discuter de la contribution du concept d'hétérotopie[16] à la démarche ethnographique par une description détaillée de l'organisation spatio-temporelle et des rapports sociaux à l'œuvre dans l'un de ces espaces de justice, en l'occurrence de la Commission d'examen (ci-après, CE). Le concept d'hétérotopie a été introduit par Foucault afin de décrire des espaces singuliers, qui ont pour caractéristique de juxtaposer différents lieux en apparence incompatibles et d'y instaurer des rituels particuliers. Ce concept a été particulièrement utile afin d'appréhender la CE comme un lieu où se transposent et cohabitent les normes, pratiques et rituels particuliers aux espaces hospitaliers et judiciaires.

Les considérations théoriques et méthodologiques de ce projet, de même que le rôle de la CE, seront d'abord discutées. La première partie de cet article portera sur l'immersion des chercheurs au sein de cet « espace autre »[16] que constitue la CE. Il sera ensuite question de la manière dont la juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice transforme les relations existantes entre les acteurs intra- et extra-juridiques en imposant un travail de négociation

constante des frontières interpersonnelles. La dernière partie de cet article s'intéressera à la signification clinique de la judiciarisation et plus particulièrement des espaces de justice en santé mentale pour le travail infirmier.

Approche théorique et méthodologique

Une recherche ethnographique a été menée à la CE afin de décrire son organisation spatio-temporelle et documenter le travail réalisé par différents acteurs intra- et extra-juridiques. La CE a pour fonction de "rendre des décisions concernant les personnes qui, ayant été accusées d'un délit criminel [ci-après, les personnes accusées], ont été jugées inaptes à subir leur procès ou qui, ayant subi leur procès, ont fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux".[17 p1] Ce verdict est rendu lorsque le juge ou le jury conclut que la personne accusée était atteinte de troubles mentaux « dégageant sa responsabilité criminelle » au moment des faits ayant donné lieu à l'accusation.[18]

De manière générale, l'ethnographie permet d'analyser les soins centrés sur la personne par le biais d'une observation et une description détaillées des modes d'actions propres à un environnement précis.[19] Elle est utilisée au sein de la recherche sociojuridique afin d'étudier « [...] l'application des lois « sur le terrain », les modes de conscience des acteurs légaux, les pratiques propres à une institution, l'impact de la loi sur des groupes marginalisés [...] et les différences entre l'idéal de la loi et ses réalités ».[20 p71 traduction libre]. En permettant une description détaillée de l'action humaine, des interactions et des configurations institutionnelles au sein desquelles elles se déploient, l'ethnographie favorise une compréhension de pratiques spécifiques, de leur contexte et de leurs différentes significations.

La collecte des données s'est réalisée dans le district judiciaire de Montréal à partir de l'observation d'audiences, d'entrevues avec des acteurs clefs, d'analyse de la jurisprudence, de notes de terrain, de photographies et de croquis réalisés par les chercheurs. Ces croquis doivent être compris comme une ébauche dont l'objectif est d'illustrer l'organisation générale des différents lieux dans lesquels s'insère la CE et non comme une représentation fidèle de la réalité. En tout, l'ethnographie réalisée comporte 70 audiences observées sur 15 sites différents, ainsi que 14 entrevues avec des médecins psychiatres et des avocats de la défense. Les observations réalisées à la CE portaient notamment sur la dynamique relationnelle des acteurs en présence, sur les informations échangées entre ces derniers, ainsi que sur les procédures formelles et informelles mobilisées en amont et durant l'audience. Les entrevues auprès des médecins psychiatres et

des avocats portaient quant à elles sur la nature de leur travail à la CE, sur la portée clinique et juridique de la CE et des audiences, ainsi que sur les notions d'alliance thérapeutique et de dangerosité. Des entrevues auprès des personnes accusées sont également prévues dans une phase ultérieure de cette étude. Cet article s'appuie plus particulièrement sur les notes de terrain et sur les représentations graphiques des lieux hospitaliers dans lesquels siège la CE, ainsi que sur les entrevues réalisées dans le cadre de l'étude.

Sur le plan théorique, les travaux de Michel Foucault sur le contrôle des populations captives et plus particulièrement sur le concept d'hétérotopie ont été mis à contribution. Lors d'une conférence donnée au Cercle d'études architecturales de Paris en 1967, Michel Foucault décrit les hétérotopies comme des espaces autres ayant « la curieuse propriété d'être en rapport avec tous les autres emplacements, mais sur un mode tel qu'ils suspendent, neutralisent ou inversent l'ensemble des rapports qui se trouvent, par eux, désignés, reflétés ou réfléchis. ».[16 p755] Le concept d'hétérotopie est notamment utilisé afin de comprendre l'influence de l'espace vécu sur l'expérience des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale.[21] Ce concept a été utilisé comme grille d'analyse des données permettant de saisir comment la juxtaposition d'espaces, ici les espaces hospitaliers et de justice, contribue à la reconfiguration des rapports sociaux. Les implications de ce concept sont essentiellement méthodologiques et pourront contribuer à approfondir les usages de l'ethnographie pour l'étude des espaces de justice en santé mentale.

Une approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal a été obtenue avant la réalisation de cette étude. Le consentement libre et éclairé des participants aux entrevues a également été obtenu préalablement à leur réalisation. Lors de la collecte et l'analyse des données, l'anonymat des participants a été préservé en retirant les informations qui pourraient permettre de les identifier.

La Commission d'examen

Rendre justice est avant tout un travail d'objectivité. L'indépendance du tribunal vis-à-vis la preuve soumise, la recherche de vérité et le maintien du rapport antagoniste entre les parties nous rappellent sans cesse que ce travail est réglé au « quart de tour » par l'intermédiaire des procédures judiciaires et qu'il impose à l'ensemble des acteurs un certain décorum. Le quotidien de la justice repose ainsi sur le travail procédural de ces acteurs qui, au fil des interactions, réaffirment leurs rôles de juristes, de juges, d'experts et d'accusés. En

matière criminelle, l'accusé est appréhendé comme étant un être rationnel. L'intégrité de son raisonnement fera par conséquent l'objet d'une préoccupation constante de la part des acteurs internes à l'administration de la justice. Ainsi, on s'attardera non seulement à déterminer si l'acte criminel (actus reus) a été commis avec une intention criminelle (mens rea), mais également, dans la mesure où il est établi que l'accusé souffrait de troubles mentaux au moment des faits, s'il peut être considéré comme non-responsable d'un tel acte. L'aptitude à subir son procès est également un élément central du processus judiciaire de nature criminelle.

Comme l'indique le Code criminel du Canada[18, art. 16], « la responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenue alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais ». La CE intervient dans la mesure où on considère que l'accusé est non responsable ou inapte et que, dans le premier cas, il ne fait pas l'objet d'une libération inconditionnelle par le tribunal judiciaire. La responsabilité criminelle et l'aptitude à subir son procès sont autant d'indicateurs de l'inclinaison des cours de justice à considérer l'accusé comme un agent raisonnable et responsable. Cette conception du sujet a historiquement teinté, orienté et traversé l'organisation du dispositif judiciaire qui, selon Saint-Germain[22 p14] serait désormais sujet à une « infiltration de la raison psychiatrique » et donc plus perméable à la conceptualisation de l'accusé comme étant sous l'influence de la maladie mentale et de médicaments psychotropes. Lorsque ces indicateurs tendent à démontrer la déraison du sujet, un ensemble d'actions intra- et extra-juridiques est mis en place afin de le réhabiliter.[23] Ce travail de réhabilitation constitue une dimension importante de la « rationalité pénale moderne », [24 p181] comme le sont également la dissuasion, la rétribution et la dénonciation.

La CE se déplace dans 50 hôpitaux du Québec, que cela concerne les hôpitaux généraux, spécialisés et de psychiatrie légale. Ses audiences sont publiques et se tiennent à l'intérieur même des milieux hospitaliers suivant la procédure la plus informelle possible.[17] Le banc des juges est composé de trois personnes, soit d'un avocat, qui est le président, d'un psychiatre et d'un professionnel ayant une expérience pertinente en santé mentale.[25] La personne accusée, son avocat, son psychiatre traitant et les avocats représentant l'établissement de santé composent généralement les intervenants de l'audience. D'autres intervenants peuvent s'y ajouter, dont les proches de la personne accusée et un avocat de la direction des poursuites criminelles et pénales.

Les décisions de la CE sont révisées annuellement et sont contraignantes.[17] Il est toutefois impossible, dans le cadre de la CE, de traiter une personne accusée contre son gré et l'inclusion d'une condition concernant son traitement ne peut être réalisée qu'avec son consentement.[25]

L'objectif prépondérant de la CE est d'assurer la sécurité du public en gérant le risque que représentent les personnes accusées. Cet objectif cohabite notamment avec la nécessité d'assurer leur réinsertion sociale et de répondre à leurs besoins.[17,25] À la suite de l'audience, la CE peut rendre différents types d'ordonnances. Concernant les personnes accusées criminellement non-responsables, elle peut ordonner une libération avec ou sans conditions, ou une détention en établissement hospitalier avec ou sans possibilité de sortie. À moins qu'elles ne représentent un risque important pour la sécurité du public, elles doivent être libérées inconditionnellement. Concernant les personnes accusées inaptes à subir leur procès, la CE ne peut ordonner qu'une libération avec conditions ou une détention en établissement hospitalier avec ou sans possibilité de sortie. La CE doit réviser la situation des accusés sous son autorité tous les douze mois.[25] Les observations réalisées à la CE suggèrent la récurrence des conditions suivantes ; garder la paix, s'abstenir de consommer de l'alcool et/ou des drogues, habiter un endroit connu ou approuvé par le responsable de l'hôpital et se conformer au plan de soins de son médecin traitant ou de l'équipe traitante. De plus, la CE peut attribuer une délégation de pouvoir à l'hôpital, ce qui lui permet de resserrer ou de relâcher les conditions de libération de la personne accusée. La délégation de pouvoir permet à l'équipe traitante de prendre une décision concernant ces conditions et, au besoin, de faire appel aux services policiers. Les policiers ont dans tous les cas la possibilité d'arrêter une personne en bris de condition. Si ce resserrement est d'une durée de plus de sept jours, une nouvelle audience de la CE doit avoir lieu d'urgence afin de réviser l'ordonnance. Comme dans tous les espaces de justice en santé mentale,[26] la CE s'appuie donc sur le travail des équipes soignantes afin d'évaluer le risque que représente la personne accusée pour la sécurité du public et pour dicter les conditions que devra respecter la personne accusée [27]

Résultats

La commission d'examen comme espace autre

L'hôpital psychiatrique occupe une fonction symbolique importante dans l'imaginaire culturel nord-américain. Depuis le mouvement de désinstitutionnalisation ayant poussé les

soins et services de santé mentale « hors des murs » des établissements hospitaliers, le rapport collectif à cet espace s'est profondément métamorphosé. Bien qu'il soit toujours situé aux marges de la société, l'hôpital psychiatrique est désormais considéré non comme une destination inéluctable et plutôt comme une conséquence non intentionnelle de la maladie mentale aiguë ou récidivante. Et pourtant, dans plusieurs juridictions on remarque que l'austérité caractérisant les services de santé mentale offerts au sein de la collectivité participe à la trans-institutionnalisation (par exemple, la judiciarisation et l'incarcération de personnes aux prises avec une problématique de santé mentale)[21] et à la ré-institutionnalisation (par exemple, le qualificatif de "grand utilisateur de service" ou le syntagme de "porte-tournante"). À cela s'ajoute une inclinaison grandissante des politiques publiques à considérer le travail hospitalier en termes de "flux", c'est-à-dire limiter la compréhension de l'hospitalisation à un processus de gestion de crise devant être opérationnel, efficace et limité dans temps.[1] Les frontières de l'hôpital psychiatrique, décrit par Goffman comme un espace « totalisant » et essentiellement mortifiant, s'insèrent désormais au sein d'un dispositif sanitaire immanent au champ social. [28,29] La CE, comme l'ensemble des espaces de justice en santé mentale, participe aux opérations contemporaines de ce dispositif.

Cette perméabilité des frontières institutionnelles incite à considérer la CE non comme un espace hermétique dont les paramètres sont fixés, mais plutôt comme une hétérotopie. [16] Comme l'hôpital psychiatrique, la CE répond aux exigences contemporaines de l'administration de la déviance psychique et s'inscrit au sein d'une permutation des frontières de la justice. La CE ne s'inscrit pas dans une disposition spatio-temporelle différente de l'hôpital psychiatrique, mais plutôt dans ses interstices mêmes : il s'agit ni plus ni moins d'une juxtaposition « en un seul lieu réel [de] plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles ».[16 p758] L'organisation de l'espace qu'est la CE, la gestion du rythme des audiences et les rapports sociaux à l'œuvre au sein de cet espace doivent ainsi être (re) considérés à la lumière d'une rencontre entre ces lieux où, en règle générale, l'on administre des soins et ces lieux où, en règle générale, l'on rend justice. Comme l'extrait suivant le suggère, il est ici question d'une hybridation des espaces hospitalier et de justice ayant pour effet de créer un espace autre et de réguler ses modalités d'accès.

À l'arrivée sur les lieux de l'hôpital, nous réalisons que le premier défi sera de trouver la salle d'audience. L'établissement est vaste et [...] nous arrivons sur une unité d'obstétrique. Nous faisons du porte-à-

porte afin de rejoindre la salle d'audience, mais nous sommes dans l'impossibilité de la trouver. Nous retournons à l'accueil [...] On nous explique que les départements sont déconnectés les uns des autres et nous devons prendre un ascenseur particulier, qui nous mènera finalement au bon endroit. [...] Lors de notre attente, une infirmière nous expliquera que l'unité d'hospitalisation [psychiatrique] [est] à l'étage inférieur. (Note de terrain)

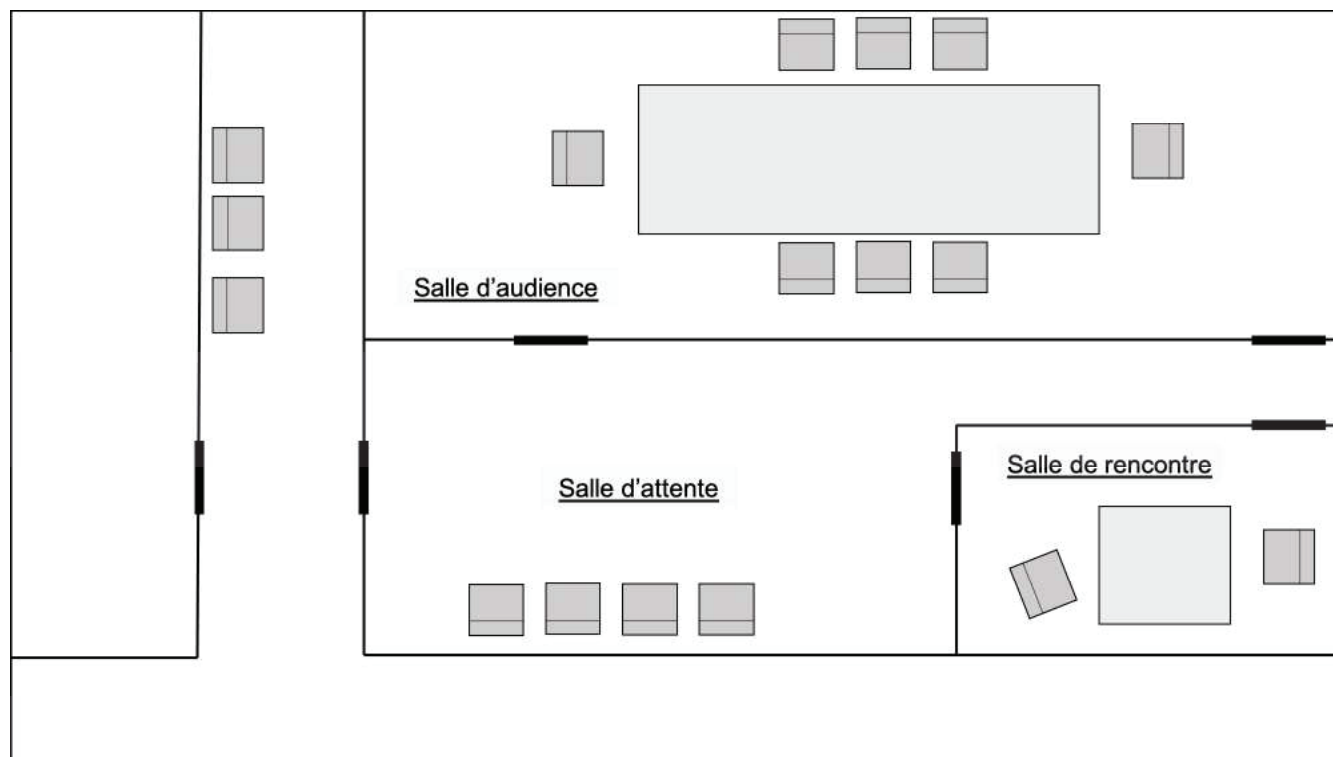
Ces espaces autres sont également singuliers dans leur nature (contenir la déviance psychique), leur fonction (réguler le rapport des déviants à la justice et le rapport de la justice à la déviance) et leur fonctionnement (adapté au paysage thérapeutique post-institutionnel), mais également dans la manière dont ils réussissent à juxtaposer les espaces habituels, à structurer le rapport au temps et à réguler l'ensemble des rituels et des procédures nécessaires afin d'y pénétrer.[16] Ce qui rend la notion d'hétérotopie si intéressante pour l'étude de la CE relève de sa capacité à problématiser l'influence de l'espace vécu sur les différents rapports sociaux et sur leur fonction identitaire pour les acteurs en présence.[30] En d'autres mots et pour en revenir à sa configuration particulière, transformer un espace provoque indubitablement une transformation des relations entretenues entre les personnes qui l'habitent. Notamment et en concordance avec les constats de Staton [26], les résultats de cette ethnographie suggèrent que la visée « thérapeutique » des espaces de justice contribuent également à une

transformation du langage utilisé par les acteurs intra- et extra-juridiques. Afin d'assurer une compréhension commune des situations dont s'enquiert le tribunal, ces acteurs en viennent ainsi à maîtriser les registres langagiers d'autres disciplines. Une hybridation de ces registres est par conséquent observée, que cela concerne l'utilisation de termes cliniques par les juristes ou l'utilisation de termes légaux par les professionnels de la santé.

Configuration et rythme de la justice hospitalière

Les constats de la démarche ethnographique réalisée à la CE suggèrent certains effets structurants des hétérotopies sur les rapports sociaux lors des audiences. La disposition de ces espaces autres au sein des établissements de santé est certainement variable, mais illustre des tendances générales, notamment en ce qui concerne la disparition de la disposition antagoniste que l'on retrouve au sein des salles d'audience typiques. En effet, ce tribunal administratif s'insère au cœur même des établissements hospitaliers, s'inscrit dans leur quotidien et dans leurs lieux. Comme la majorité des intervenants en santé mentale œuvrant en ces lieux, uniformes et toges sont troquées pour des habits civils. De manière ponctuelle, les salles de réunion du personnel soignant se transforment en ces espaces où l'on rend justice et où juristes, psychiatres, personnes accusées et autres acteurs sont convoqués pour leurs audiences.

Figure 1: Salle d'audience A



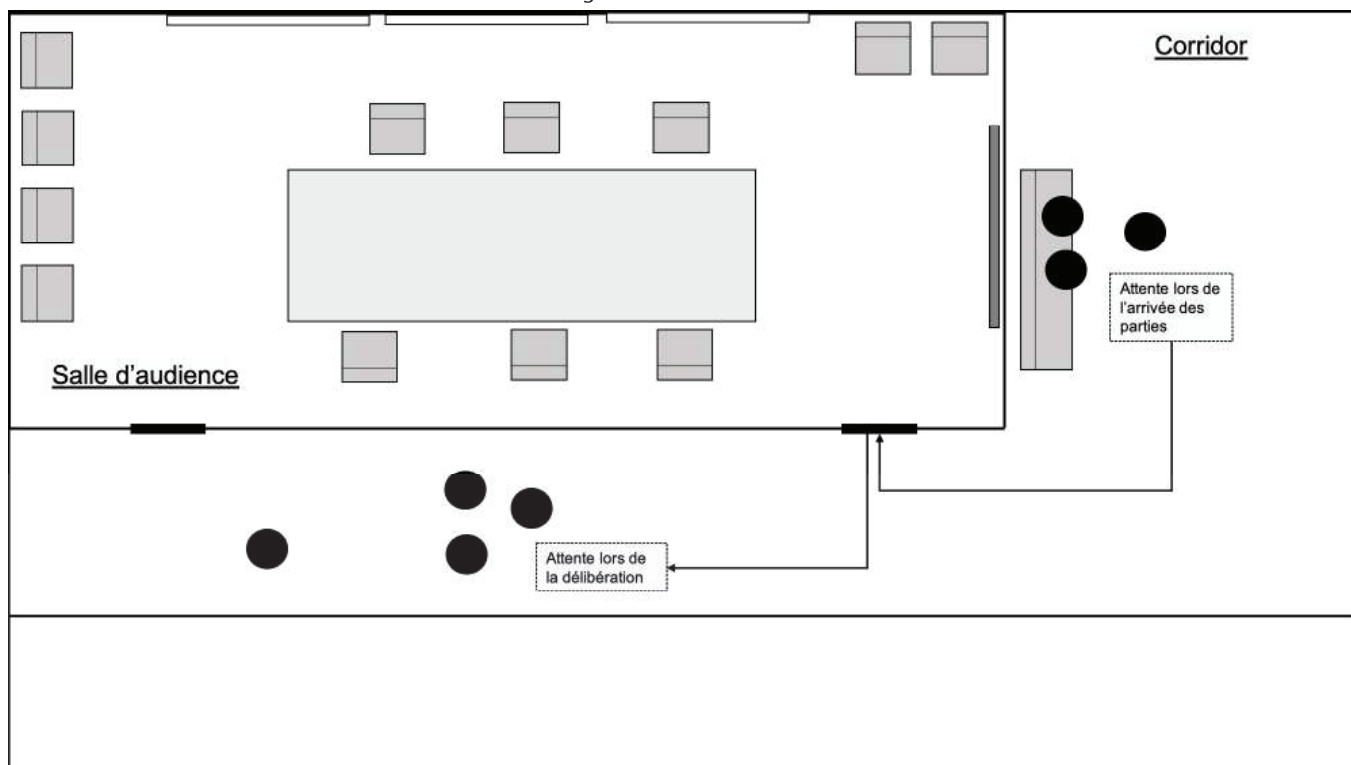
Ainsi, les civières, les dispositifs d'administration de solutés et autres matériaux hospitaliers côtoient l'instant d'une journée nombre de mallettes, d'enregistreurs et d'ordinateurs portables qui « transforment » une simple salle de réunion en salle d'audience. Tout comme les objets caractérisant le milieu hospitalier, la justice à l'œuvre à la CE se caractérise par sa mobilité, par le flux incessant d'acteurs qui s'ajustent au rythme des audiences et par sa capacité à transformer radicalement la fonction symbolique des hôpitaux et unités psychiatriques.

Il faut toutefois préciser qu'en raison de cette mobilité et de l'incursion du dispositif judiciaire au sein de l'espace sanitaire, plusieurs idiosyncrasies sont présentes. Certains établissements de santé, notamment ceux possédant des unités psychiatriques spécialisées et surspécialisées, ont adapté leurs espaces à cette nouvelle réalité (Figure 1, croquis réalisé suivant une séance d'observation). Des salles d'audience dédiées ont été aménagées au sein même de l'hôpital et certaines d'entre elles intègrent une salle d'attente et des bureaux privés afin de faciliter les rencontres entre la personne accusée et son avocat (Figure 1, Salle d'audience, Salle de rencontre). Certaines salles d'audience disposent également de matériel de visioconférence permettant la comparution à distance, dans certaines circonstances. En contrepartie, plusieurs établissements hospitaliers s'ajustent

ponctuellement au rythme et à l'horaire des audiences sans modifier leurs espaces propres (Figure 2, croquis réalisé suivant une séance d'observation). Ces lieux sont particulièrement intéressants, puisqu'ils provoquent une disruption du quotidien de l'hôpital, illustrent une négociation encore difficile de l'interface clinico-juridique que représente la CE et ont des effets importants sur la manière dont les frontières interpersonnelles sont négociées entre les acteurs. Les observations réalisées à la CE démontrent que l'organisation de ces espaces est extrêmement variable. Ils oscillent entre des espaces spécialement dédiés aux audiences du tribunal, des salles de réunion multifonctionnelles et des espaces particulièrement restreints convertis ponctuellement en salle d'audience.

Bien que ce ne soit pas le cas pour toutes les salles d'audience intégrées aux milieux hospitaliers, la configuration de ces salles (Figures 1 et 2) rappelle une volonté de concerter, soit de « réunir autour d'une même table », les acteurs intra- et extra-juridiques plutôt que d'entretenir des rapports différenciés (juges, avocats, experts, accusés) ou antagonistes (l'accusé et son représentant légal contre les représentants du milieu hospitalier). Le principe de collégialité mainte fois réitéré lors des audiences n'empêche pas la mise en place d'un certain formalisme. Pour certains des participants interrogés, ces procédures sont approchées comme un rituel propre aux

Figure 2: Salle d'audience B



espaces de justice :

J'aime beaucoup le côté rituel, cérémonial de la justice en général. Je trouve que c'est comme une sorte de mise en scène. [...] Il y a des rituels, il y a des codes, il y a plein de choses. J'aime beaucoup ce genre de choses-là [...] [Quand je suis à la CE] c'est quand même moins formel, mais quand je suis au palais de justice, j'aime beaucoup ça. J'aime beaucoup le côté un peu "show" de la chose. Je le dis très humblement. (Participant - Psychiatre)

Il est utile de préciser à quoi ressemble une journée typique à la CE, du moins dans le district de Montréal qui est le plus achalandé. Le nombre d'audiences est variable et d'approximativement cinq par jour, d'une durée approximative d'une heure chacune. Les documents officiels de la CE précisent également les grandes étapes de l'audience, qui « se déroule de la façon la plus simple possible », [17 p1] mais qui ne sont pas sans rappeler celles des procès conventionnels. (1) Des explications sont données sur le déroulement de l'audience et sur les différentes décisions que peut rendre la CE. Dès cette première étape, un rappel du délit ayant mené à la CE est également effectué. (2) La preuve, notamment le rapport d'évaluation psychiatrique, est entendue. Ce rapport doit « renseigner les membres de la [CE] sur [la] maladie (sa durée, le nombre d'hospitalisations, etc.), [le] comportement passé et actuel et la gravité du risque [représenté] pour la sécurité du public. Il doit aussi contenir une recommandation concernant la décision que la [CE] devrait rendre. ». [17 p2] Le témoignage du psychiatre traitant, qui est constitué de la lecture de son rapport, est produit en premier, puis la personne accusée témoigne à son tour. (3) Une fois l'ensemble de la preuve présentée, les avocats de la défense, de l'hôpital ainsi que de la direction des poursuites criminelles et pénales (DPCP) le cas échéant font leurs représentations. (4) Le président du banc demande à toutes les personnes présentes de se retirer de la salle d'audience afin que les juges puissent délibérer sur la décision qui doit être rendue, puis, lorsque la période de délibération est terminée, (5) les personnes réintègrent la salle d'audience et la décision est annoncée.

Les observations réalisées à la CE suggèrent que cette procédure, en apparence simple, se confronte à différentes difficultés théoriques et pratiques. Comme l'illustre la figure no. 2, la CE s'inscrit dans le flux quotidien de l'hôpital et tente de s'y adapter. Malgré le caractère public des audiences de la CE, les chercheurs ayant participé à ce projet ont souvent eu de la difficulté à localiser les salles d'audience. Si certaines d'entre elles occupent des espaces dédiés, plusieurs salles d'audience occupent des salles de réunion converties ponctuellement afin d'accueillir les audiences de la CE. Dans certains de ces lieux, l'absence de locaux spécifiquement

destinés à la CE impose aux personnes accusées et à leurs représentants légaux de se rencontrer dans les corridors de l'hôpital et tentent, avec un succès variable, d'identifier des lieux assurant un minimum de confidentialité. Les contraintes de temps imposent également un rythme réduisant au minimum la possibilité, pour les avocats, de recevoir le mandat de leur client (la personne accusée), de s'assurer de leur consentement et de consulter les éléments qui seront présentés en preuve, qui se limitent souvent au rapport d'évaluation psychiatrique remis dans les minutes précédant l'audience.

Un important travail relationnel est à l'œuvre afin de préserver le rythme des audiences de la CE en assurant parallèlement la qualité des liens entre les personnes accusées, leurs avocats et leurs psychiatres. Lors des observations réalisées à la CE, l'absence du personnel infirmier a rapidement été constatée. Ce constat est d'autant plus étonnant en raison du rythme des audiences, qui suppose un important travail d'organisation afin d'assurer la coordination des activités des sphères hospitalières et judiciaires. Il s'agit d'un travail d'arrière-plan assurant le fonctionnement des espaces de justice en santé mentale et la négociation de leurs contraintes respectives. L'invisibilité d'un tel travail encourage une exploration plus soutenue des rituels caractérisant les audiences de la CE, notamment en ce qui concerne la régulation des rapports sociaux et des savoirs produits sur la personne.

Régulation procédurale des rapports sociaux

La CE constitue donc une hétérotopie, dont le rythme, la disposition et les processus d'interaction ne sont ni entièrement juridiques, ni entièrement cliniques. À la protection de la sécurité du public, qui oriente les activités de la CE, s'ajoute également la volonté d'assurer la réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes accusées sous son autorité. Une justice dite « thérapeutique » est par conséquent à l'œuvre, ce qui se traduit par l'expression d'un mode d'engagement particulier permettant aux acteurs clefs de la CE d'affirmer que « tous sont égaux » et assis autour de la même table, que le système s'ajuste aux exigences de la déviance psychique et qu'il a cœur le bien-être de la personne accusée. Ce contexte particulier suggère l'intérêt d'étudier les conditions de mise en œuvre d'un tel exercice d'empathie et de compassion, ainsi que ses effets sur les relations entretenues entre les acteurs de la CE.

En elle-même, l'évaluation du risque que représente une personne pour la sécurité du public repose sur les critères établis par la Cour suprême du Canada. Ce risque ne doit pas être hypothétique : il doit être « important » et la nature du

préjudice appréhendé doit être « véritable » et « grave ».[25] Comme l'indique un participant, malgré ces critères précis il est étonnant pour un professionnel de la santé étranger au domaine du droit de constater le caractère a priori subjectif du processus judiciaire.

C'est très impressionnant, pour un clinicien qui n'est pas un avocat, [à quel point] c'est variable d'une séance à l'autre. Comme si les critères, ... comme s'il y avait un côté humain dans la démarche. Comme ce sont trois juges, [...], pour un clinicien, c'est un peu désarçonnant. On se dit que ça devrait être très, très objectif, mais dans le fond, il y a un côté humain, subjectif. » (Participant - Psychiatre)

À l'exception du rapport d'évaluation psychiatrique produit par le médecin psychiatre, qui agit également comme psychiatre traitant de la personne accusée, peu de perspectives autres sont discutées ou mises de l'avant afin d'apprécier la nature du risque pour la sécurité du public présenté par la personne accusée. En eux-mêmes, les rapports offrent une synthèse de son évolution au cours de la dernière année à partir d'informations collectées à différents moments, dont certaines sont collectées par le personnel infirmier.[31,32] Encore ici, les savoirs produits sur la personne accusée à partir du travail infirmier participent aux activités de la CE sans qu'un tel travail ne soit formalisé ou, à tout le moins, différencié du rapport d'évaluation psychiatrique. Cela n'empêche toutefois pas le personnel infirmier de témoigner devant la CE[33,34] ou d'y déposer un rapport[35,36]. Au cours de nos observations, différents intervenants ont également témoigné, notamment des travailleurs sociaux et autres intervenants en santé mentale. Ces témoignages réfèrent, par exemple, à la trajectoire de vie de la personne accusée dans les derniers mois et à l'évaluation du risque qu'elle représente par l'intermédiaire d'évaluations et d'outils standardisés.[37] Malgré tout, l'importance accordée à l'adhésion au plan de traitement et particulièrement à la médication est, dans la très forte majorité des cas, prépondérante.[25]

Les mécanismes procéduraux à l'œuvre à la CE tendent finalement à refléter la violence symbolique ayant historiquement ciblé les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Bien que la CE évoque une justice thérapeutique et de proximité, d'importantes tensions ont été observées lors des audiences. Les tensions les plus palpables réfèrent sans aucun doute aux premières minutes de l'audience, qui demandent à la personne accusée de s'ajuster rapidement au rôle qui lui est attribué et qui impliquent le respect d'un certain décorum auquel il est impossible de déroger. De telles dérogations ont cependant été observées de la part des acteurs professionnels, qui interviennent régulièrement afin d'offrir des informations

complémentaires. À différentes reprises, on demande à ce que les personnes accusées retirent leurs chapeaux ou leurs casquettes, on insiste également sur l'importance du respect des tours de parole, ce qui n'est pas sans rappeler les rituels et le décorum traditionnel des tribunaux. Par exemple, lors d'une audience observée, le président du banc des juges explique la procédure en disant que la psychiatre parlera en premier et que ce sera ainsi « plus facile pour vous [la personne accusée] de témoigner quand vous aurez entendu ce qu'on a à dire sur vous ».

[La personne accusée] [...] s'introduit auprès des juges dès son arrivée. [...] Elle s'adresse au président du banc des juges et lui dit qu'il a un beau sourire. [...] Son avocate lui demande de « parler après » [...] On explique à l'usagère les tours de parole [...]. À un moment de l'audience, on lui indique que son non-respect du décorum peut nuire à sa cause plutôt que l'aider. (Note de terrain)

Le respect du décorum devient également difficile lorsque les premières minutes de l'audience sont consacrées à la lecture du rapport d'évaluation psychiatrique, qui explore et décrit de manière détaillée la vie intime de la personne accusée. Les habitudes de vie et de consommation, la situation d'emploi, le logement, les relations amoureuses et sociales, ainsi que les diagnostics sont ainsi présentés au tribunal sans que la personne accusée, au moment de la lecture du rapport, ne soit autorisée à s'exprimer.

La psychiatre lit son rapport. [...] Elle commence en disant qu'elle ne sait pas où vit monsieur. [...] Monsieur veut intervenir, mais tout le monde lui intime de se taire, qu'il parlera après, que ce n'est pas son tour. Finalement, le président [du banc] s'adresse à Monsieur en lui demandant quelle est son adresse [...] (Note de terrain)

Nos observations suggèrent que cette exposition de la vie intime de la personne accusée est souvent vécue avec violence. Cette difficulté semble amplifiée par la structure même de la CE, qui donne préséance à l'objectivation de la personne accusée par des experts et qui relègue son vécu au second plan. Cette observation reflète les constats de Gustafsson et al..[38 p181, traduction libre] suggérant que le sentiment de violation de la dignité des personnes ciblées par la coercition en santé mentale s'exprime lorsqu'elles sont ignorées, exposées, prédéfinies et « victimes de la supériorité des autres ». Certains psychiatres se sont d'ailleurs exprimés sur les enjeux soulevés par ce processus en ce qui concerne le maintien de la relation et de l'alliance thérapeutique avec la personne accusée. Malgré son inclinaison thérapeutique, cette dynamique reproduit des modes d'engagement plutôt classiques, soit celui du juge, de l'avocat, de l'expert et de l'accusé et sont négociés avec une certaine difficulté lors des

audiences. Les performances qui en découlent illustrent le maintien d'une relation asymétrique entre les acteurs, par l'intermédiaire de laquelle les professionnels ont le pouvoir de « définir cette relation et de contrôler les activités » du tribunal. [26 p1973, traduction libre]

Lors des audiences observées, certaines personnes accusées ont souhaité intervenir afin de préciser ou rectifier des informations qui les concernent, mais ont aussitôt été sommées de garder silence afin de respecter les tours de paroles. Cette dynamique est d'une importance particulière, puisque l'ensemble des informations discutées à la CE constituent autant d'actes discursifs qui, au fil des audiences, seront repris afin de documenter la trajectoire de la personne accusée.

Discussion

La CE constitue un terrain de recherche singulier au sein duquel se juxtaposent différents espaces s'intégrant au dispositif de contrôle contemporain des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale. La rencontre des sphères hospitalières et judiciaires, dans lesquelles évoluent autant d'acteurs cliniques et juridiques, soulève l'importance d'étudier plus attentivement la nature de ces espaces, leur fonction, leur fonctionnement et l'ensemble des rituels qui y sont propres et en autorisent l'accès.[16] L'ethnographie réalisée à la CE démontre l'intérêt d'étudier la configuration des espaces de justice en santé mentale afin de mieux saisir leurs effets structurants sur les rapports sociaux et plus particulièrement sur le traitement réservé aux personnes judiciairisées aux prises avec une problématique de santé mentale.

Un élément particulièrement évocateur de cette recherche concerne l'application de procédures judiciaires donnant préséance au discours psychiatrique et à l'objectivation de la personne accusée, plutôt qu'à la personne elle-même. D'une part, l'importance accordée à un tel discours fournit une lecture unique de la personne et des situations sur lesquelles s'enquiert la CE afin de rendre sa décision. D'autre part, les observations réalisées à la CE suggèrent que ce mode de fonctionnement et d'engagement des acteurs peut susciter de vives tensions en raison de son caractère intrusif et du sentiment d'atteinte à la dignité qui en découle chez la personne accusée.[38] Malgré l'inclinaison thérapeutique de la justice, les interactions observées à la CE, particulièrement en ce qui concerne le respect du décorum, réaffirment la différence de statut entre les personnes accusées et les autres intervenants de l'audience.

Sur ce point, certains auteurs suggèrent l'importance de la justice procédurale afin d'assurer le caractère thérapeutique de la justice et de la coercition en santé mentale [39]. La justice procédurale réfère à la qualité du processus décisionnel mis en œuvre lors de procédures légales et au sentiment d'équité qui en émerge chez la personne concernée.[40] La justice procédurale serait notamment bénéfique afin de réduire la récurrence et contribuer au rétablissement des personnes ayant des problématiques de santé mentale.[41-43] De manière générale, un haut degré de justice procédurale serait associé à une plus faible perception de coercition [44] et une faible perception de coercition serait associée à une meilleure confiance envers les services psychiatriques.[45] Il y a cependant lieu de conserver une distance critique à propos de la fonction même des espaces de justice en santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les stratégies discursives qui contribueraient à naturaliser leur légitimité et leur fonction sociale. En effet, le manque d'accès aux services de santé mentale en temps opportun peut contribuer à la judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.[21] De manière plus générale, il est suggéré que ce serait avant tout l'intensité des services offerts par l'intermédiaire de la coercition, plutôt que la coercition en elle-même, qui favoriserait le processus de rétablissement. [46,47] Le recours aux espaces de justice en santé mentale comme mécanismes de dispensation de soins et de services est en ce sens problématique. Il est porteur d'innombrables enjeux aux droits humains et peut, par l'intermédiaire d'une empathie de convenance, masquer les rapports d'inégalité caractérisant le traitement réservé aux personnes aux prises avec une problématique de santé mentale.

La mise en œuvre de la justice thérapeutique et procédurale dans ces contextes s'étend donc au-delà de la CE, des tribunaux spécialisés en santé mentale et des procédures civiles permettant d'offrir des soins sous la contrainte, qui constituent plutôt le point de « cristallisation institutionnelle des rapports de pouvoir ».[48 p122] Comme le suggèrent Galon et Wineman[44], les infirmières occupent un rôle central à la mise en œuvre des mécanismes de coercition et participent également à renforcer leur légitimité perçue. Elles ont aussi un rôle essentiel tant en ce qui concerne l'évaluation, l'observation de la personne, la documentation de sa trajectoire au sein des services de santé mentale, le respect des modalités thérapeutiques imposées par ces mesures coercitives et le travail de liaison avec les tribunaux. La mise en œuvre des mécanismes de coercition s'appuie ainsi sur deux fonctions centrales au rôle infirmier, soit le travail de soin (issu du contact direct, continu et rapproché entre le personnel infirmier et la personne, par l'intermédiaire

duquel sont produits les savoirs sur celle-ci) et d'organisation (nécessaire à la coordination du dispositif de prise en charge de la personne soignée).[49] L'invisibilité d'un tel travail est bien documentée. Elle s'explique notamment par les dynamiques de pouvoir et les rapports de genre caractérisant la pratique infirmière et l'organisation des soins et des services de santé mentale.[50,51]

L'invisibilité du travail d'organisation suggère la pertinence d'étudier plus attentivement les mécanismes de mise en œuvre des procédures formelles et informelles de la justice hospitalière en psychiatrie, notamment en ce qui concerne la CE. Un tel travail est partiellement visible en contexte d'hospitalisation involontaire. En effet, un examen de la jurisprudence récente à cet égard démontre que les notes infirmières sont admissibles en preuve[52], que les infirmières sont appelées à témoigner devant le tribunal[53], qu'elles sont présentes lors de la signification des requêtes aux usagers[54], qu'il est attendu d'elles qu'elles expliquent aux usagers leurs droits et recours[55] tout en assurant un travail de liaison entre le tribunal et les établissements hospitaliers[56, 57]. Ces éléments ne sont pas généralisables à la CE, mais ils suggèrent une implication soutenue du personnel infirmier lors de la mise en œuvre de procédures judiciaires en psychiatrie analogues à celles mobilisées par la CE. En d'autres mots, ils soulignent l'importance du travail d'organisation réalisé par le personnel infirmier lorsque se juxtaposent les sphères hospitalières et judiciaires.

Quant au travail de soin, il semble considéré lors de l'évaluation à laquelle procède la CE, sans toutefois être différencié du processus d'évaluation psychiatrique. À la lumière des résultats de cette étude, il semble que les exigences légales de la CE, soit qu'un psychiatre évalue le risque et émette des recommandations, pourraient participer à cette invisibilité. Comme le suggèrent Buus[58] et Buus et Hamilton[59], la reconnaissance de l'apport du personnel infirmier sur ces questions est d'une importance particulière puisque les savoirs produits sur la personne soignée à partir de la documentation infirmière sont dépendants du contexte social et organisationnel entourant leur production (ce qui peut s'expliquer par la dynamique des équipes traitantes, la gestion de l'incertitude clinique et l'imputabilité). Bien souvent, ces savoirs ont une prédominance biomédicale peu représentative du travail infirmier effectivement réalisé et peuvent offrir une représentation biaisée de la personne ou de certaines situations la concernant. Si ces savoirs sont réinterprétés à la lumière des impératifs de sécurité poursuivis par la CE, il survient un risque conséquent de les détacher du contexte de leur production. De tels savoirs participent

activement à la construction de la vulnérabilité, du besoin de protection, de la dangerosité ou du risque potentiel que représente la personne et constituent de ce fait des éléments clefs sur lesquels s'appuie le travail des tribunaux.[27]

Limites

Les résultats discutés dans cet article doivent être interprétés en respect du contexte juridique particulier dans lequel s'insère la CE. Bien que ces instances soient présentes partout au Canada et que les espaces de justice en santé mentale soient également actifs dans plusieurs juridictions, leurs modalités de fonctionnement varient de manière importante. [25] Par exemple, la trajectoire des personnes accusées, la proportion des verdicts de non-responsabilité criminelle, le taux de récidive criminelle et le temps de détention à l'hôpital sont au nombre des différences observées entre les provinces canadiennes [60-62]. Néanmoins, l'analyse de l'influence de l'espace vécu sur les interactions sociales de la CE est révélatrice de processus sociaux pouvant être à l'œuvre dans ces différents contextes.

Conclusion

La justice est avant tout une activité humaine et par conséquent, rendre la justice plus humaine, ou thérapeutique, relève à première vue d'une tautologie dont les paradoxes sont nombreux. Au cours des dernières années, la justice thérapeutique a réaffirmé la nécessité d'une analyse sociojuridique plus approfondie des conséquences positives et négatives du droit et de ses procédures sur la vie des personnes judiciarisées aux prises avec une problématique de santé mentale. Aux États-Unis et au Canada, la reconnaissance de la vocation thérapeutique des espaces de justice en santé mentale, l'intrication de procédures civiles telles que les autorisations judiciaires de soins au quotidien de la pratique soignante et l'augmentation constante des personnes admises contre leur gré sur les unités de soins psychiatriques[5], soulèvent de nombreuses questions dont la portée est à la fois éthique, clinique et juridique. Les effets de l'intrication des espaces hospitaliers et de justice sont toutefois méconnus et encore peu documentés.

Ces questions ont également été soulevées lors de l'ethnographie réalisée à la CE, sur laquelle s'appuie cet article afin d'en analyser certains résultats. Notamment, l'apport théorique des hétérotopies à cette démarche a permis d'approcher le travail des acteurs (qu'ils soient accusés, psychiatres, avocats ou juges) en le considérant comme étant fondamentalement en relation avec l'espace vécu. Les ramifications de la justice hospitalière s'étendent toutefois

bien au-delà des audiences de la CE, qui en seraient son point culminant. La juxtaposition des espaces hospitaliers et de justice nécessite un travail actif de la part d'acteurs intra- et extra-juridiques, qui reste en arrière-plan et qui est mis en œuvre en périphérie des audiences de la CE. Il s'agit d'un travail dont l'importance pour la reconnaissance des droits des personnes accusées semble actuellement sous-estimée.

Les constats de cette analyse suggèrent que l'implication du personnel infirmier, qui contribue pourtant activement au fonctionnement de la CE, est particulièrement difficile à appréhender, du moins dans le district de Montréal. Ce constat rejoint celui de Domingue et al.[27] réalisant une étude similaire en Ontario. Comme c'est également le cas pour le recours à l'hospitalisation ou au traitement involontaire, les évaluations et observations réalisées par le personnel infirmier en périphérie des tribunaux, de même que la documentation et les savoirs produits sur la personne, sont au nombre des éléments essentiels à la réalisation du mandat des espaces de justice en santé mentale. Ces éléments contribuent à la construction de la vulnérabilité, du besoin de protection, de la dangerosité ou du risque qu'elle représente. [58,59,63] La pratique infirmière en vient par conséquent à être subordonnée aux impératifs de sécurité tout en assurant le fonctionnement plutôt invisible du dispositif de contrôle ciblant les personnes judiciairisées aux prises avec une problématique de santé mentale.

Il est suggéré d'étudier ces espaces de justice sous l'angle du travail de soin et d'organisation du personnel infirmier, en s'intéressant aux dynamiques sociales, politiques et structurelles qui en expliquent son invisibilité.[49] Rendre visible un tel travail soulève toutefois différents enjeux pour la pratique infirmière en psychiatrie. D'une part, le travail de soin pourrait impliquer du personnel infirmier qu'il s'intéresse davantage aux facteurs de protection, plutôt qu'aux facteurs de risque, guidant le processus d'évaluation et d'intervention auprès des personnes judiciairisées. D'autre part, le travail d'organisation pourrait contribuer à une formalisation du processus de liaison inhérent au fonctionnement et à la juxtaposition des sphères judiciaires et hospitalières. Ce processus concerne notamment la mise en œuvre des procédures explicites et implicites guidant les activités de la justice hospitalière, ainsi que la facilitation des interactions entre les personnes judiciairisées et leurs représentants légaux. L'élément central au développement de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques relèverait par conséquent d'une réponse aux enjeux de reconnaissance des droits humains, plutôt que de la reconnaissance d'une pratique constituant l'extension ou agissant de concert avec l'expertise

psychiatrique.

References

- 1.Mougeot F. Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique. Paris : Eres, 2019.
- 2.Klassen AL. Spinning the revolving door: The governance of non-compliant psychiatric subjects on community treatment orders. *Theoretical Criminology* 2017; 21(3); 361-379.
- 3.Pariseau-Legault P, Vallée-Ouimet S, Jacob JD, Goulet MH. Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en soins infirmiers* 2020; 3(142); 53-76.
- 4.Sashidharan SP, Mezzina R, Puras, D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2019; 28(6); 605-612.
- 5.Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open* 2018; 4(2): 31-38.
- 6.Ministère de la justice du Québec. Statistiques – Gardes en établissement et autorisation de soins. 2019. Disponible sur https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__français_/centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2019/dai_no_82900.pdf. Consulté le 15 juin 2020.
- 7.Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. Les autorisations judiciaires de soins : le trou noir de la psychiatrie. 2014. Disponible sur <http://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>. Consulté le 15 juin 2020.
- 8.Aide Juridique Ontario. Qu'est-ce qu'un tribunal pour les personnes ayant des troubles mentaux?. 2020. Disponible sur <http://faitsdedroit.ca/mental-health/court>. Consulté le 15 juin 2020.
- 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.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.

11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Human services & justice coordinating committee. *Mental Health Courts in Ontario : A Review of the Initiation and Operation of Mental Health Courts Across the Province*. 2017. Disponible sur <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/11/Mental-Health-Courts-in-Ontario-1.pdf>. Consulté le 15 juin 2020.
15. Wexler DB. Therapeutic justice. *Minnesota Law Review* 1972; 57: 289-338.
16. Foucault M. Des espaces autres. In : Defert D et Ewald F (ed.). *Michel Foucault : Dits et écrits – Tome IV*. Paris : Gallimard, 1994 ; 752-763.
17. Tribunal administratif du Québec. La commission d'examen des troubles mentaux (CETM). 2005. Disponible sur https://www.ta.q.gouv.qc.ca/documents/file/www-2_taq_gouv_qc_ca.pdf. Consulté le 15 juin 2020.
18. Gouvernement du Canada. Code criminel du Canada. 1985. Disponible sur <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>. Consulté le 15 juin 2020.
19. Briseid K, Skatvedt A, McCormack B. How knowledge developed through ethnography may inform person-centred healthcare practices. In : McCormack B, van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T (ed.). *Person-centered healthcare research*, Hoboken : Wiley & Sons, 2017 ; 149-158.
20. Bibler-Coutin S, Fortin V. Legal ethnographies and ethnographic law. In : Sarat A, Ewick P (ed.). *The Handbook of Law and Society*. Hoboken : Wiley & Sons, 2015 : 71-84.
21. McGrath L, Reavey P. Heterotopias of control: Placing the material in experiences of mental health service use and community living. *Health & Place* 2013; 22: 123-131.
22. Saint-Germain C. Le néo-sujet du droit criminel. Effets secondaires des psychotropes sur l'anthropologie pénale. 2014. Disponible sur <http://hdl.handle.net/1866/10750>. Consulté le 15 juin 2020.
23. Garcia M. La théorie de la rationalité pénale moderne : un cadre d'observation, d'organisation et de description des idées propres au système de droit criminel. In : Dubé R, Garcia M, Machado MR (ed.). *La rationalité pénale moderne: Réflexions théoriques et explorations empiriques*. Ottawa; Presses de l'Université d'Ottawa, 2013 : 37-78.
24. Pires AP. La rationalité pénale moderne, la société du risque et la juridicisation de l'opinion publique. *Sociologie et Sociétés* 2001; 33(1): 179-204.
25. Bernheim E, Gutierrez M, Ouellet G, Pariseau-Legault P, Sallée N. Justice et santé mentale. In : Noreau P, Bernheim E, Cachecho M, Piché C, Roberge JF, Rossi C (ed.). *22 Chantiers sur l'accès au droit et à la justice*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2020 ; 385-402.
26. Staton, MD. Professional Interaction in Mental Health Courts: Processing Defendants with Mental Illness. *The Qualitative Report* 2019; 24(8): 1967-1989.
27. Domingue JL, Jacob JD, Perron A, Pariseau-Legault P, Foth T. (Re)construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen. *Recherche en soins infirmiers* 2020; 4(143): 118-126.
28. Deleuze G. Post-scriptum sur les sociétés de contrôle. In : Deleuze G (ed.). *Pourparlers 1972-1990*. Paris : Éditions de Minuit, 1990 ; 240-247.
29. Hardt M, Negri A. *Empire*. Cambridge : Harvard University Press, 2001.
30. Nal E. Les hétérotopies, enjeux et rôles des espaces autres pour l'éducation et la formation. *Recherches & Éducatives* 2015; 14: 147-161.
31. Tribunal administratif du Québec. A.P. et Responsable de l'institut A. 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h3gk1>. Consulté le 28 janvier 2021.
32. Tribunal administratif du Québec. E.V. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2013. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g07l2>. Consulté le 28 janvier 2021.
33. Tribunal administratif du Québec. G.D. et Responsable du CSSS A. 2011. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g6wcr>. Consulté le 28 janvier 2021.
34. Tribunal administratif du Québec. R.M. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h5cp7>. Consulté le 28 janvier 2021.
35. Tribunal administratif du Québec. J.P. et Responsable du CSSS A. 2010. Disponible sur <https://canlii.ca/t/g02qr>. Consulté le 28 janvier 2021.

36. Tribunal administratif du Québec. M.C. et Centre hospitalier A (Hôpital A). 2017. Disponible sur <https://canlii.ca/t/h49rp>. Consulté le 28 janvier 2021.
37. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide. Burnaby; Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2013.
38. Gustafsson LK, Wigerblad Å, Lindwall L. Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics* 2014; 21(2): 176-186.
39. Livingston JD, Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC. Forensic mental health tribunals: A qualitative study of participants' experiences and views. *Psychology, Public Policy, and Law* 2016; 22(2): 173-184.
40. Tyler T. Why people obey the law. Princeton; Princeton University Press, 2006
41. Lowder EM, Rade CB, Desmarais SL. Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. *Psychiatric Services* 2018; 69(1): 15-22.
42. Canada KE, Hiday VA. Procedural justice in mental health court: an investigation of the relation of perception of procedural justice to non-adherence and termination. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2014; 25(3): 321-340.
43. Wales HW, Hiday VA, Ray B. Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry* 2010; 33(4): 265-271.
44. Galon PA, Wineman NM. Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 2010; 24(5) : 307-316.
45. Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, Bempohl F, Heinz A, Montag C. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2018; 22(2): 115-122.
46. Pariseau-Legault P, Goulet MH, Crocker AG. Une analyse critique des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien. *Aporia* 2019; 11(1): 41-55.
47. Rugkåsa, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders: are they useful?. *BJPsych Advances* 2017; 23(4): 222-230.
48. Foucault, M. Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir (2e éd.). Paris; Gallimard, 1994.
49. Allen D. The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare. New-York; Routledge, 2014.
50. Strein LI. The Doctor-Nurse Game. *Archives Of General Psychiatry* 1967; 16(6): 699-703.
51. Hamilton BE, Manias E. Rethinking nurses' observations: Psychiatric nursing skills and invisibility in an acute inpatient setting. *Social Science & Medicine* 2007; 65(2): 331-343.
52. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie- Ouest c. A.N. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/j2jbp>. Consulté le 15 juin 2020.
53. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Rouyn-Noranda) c. D.B. 2018. Disponible sur <http://canlii.ca/t/hwcp3>. Consulté le 15 juin 2020.
54. Cour du Québec. Centre hospitalier de St. Mary c. S.M. 2012. Disponible sur <http://canlii.ca/t/fsc45>. Consulté le 15 juin 2020.
55. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint- Laurent c. R.V. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/j2p4z>. Consulté le 15 juin 2020.
56. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. L.L. 2016. Disponible sur <http://canlii.ca/t/gnhp4>. Consulté le 15 juin 2020.
57. Cour du Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. L.P. 2019. Disponible sur <http://canlii.ca/t/hz1f8>. Consulté le 15 juin 2020.
58. Buus N. Negotiating clinical knowledge: A field study of psychiatric nurses' everyday communication. *Nursing Inquiry* 2008; 15(3): 189-198.
59. Buus N, Hamilton BE. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nursing Inquiry* 2016; 23(1): 64-77.
60. Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Côté G, Charette Y, Caulet M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 98-105.
61. Crocker AG, Charette Y, Seto MC, Nicholls TL, Côté G, Caulet M. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3: trajectories and outcomes through the

forensic system. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 117-126.

62.Charette Y, Crocker AG, Seto MC, Salem L, Nicholls TL, Caulet M. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 4: criminal recidivism. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(3): 127-134.

63.Perron A. The forensic patient's moral career as a measure of institutional disciplinary processes. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2012; 5(1): 15-29.

Remerciements

Les auteurs de cet article tiennent à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH, Subvention de partenariat) pour son soutien financier.

Pour contacter les auteur-e-s:

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph.D., LL.M.

Professeur agrégé

Université du Québec en Outaouais

Département des sciences infirmières

5 rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 0B7

Canada

Courriel: pierre.pariseau-legault@uqo.ca

Emmanuelle Bernheim, LL. D., Ph.D.

Chaire de recherche du Canada sur la Santé mentale et l'accès à la justice

Professeure titulaire

Université d'Ottawa

Faculté de droit

Section de droit civil

Guillaume Ouellet, Ph.D.

Professeur associé

Université du Québec à Montréal

Faculté des sciences humaines

École de travail social

Nicolas Sallée, Ph.D.

Professeur agrégé

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Département de sociologie