



## Résumé

Le terme « judiciarisation » est utilisé de manière variée dans la littérature en santé mentale, et sa définition varie considérablement en fonction des auteurs et des disciplines. Étant donné son importance pour la discipline infirmière, ainsi que pour les autres professions de santé et le domaine de la santé mentale dans son ensemble, il est crucial de clarifier et approfondir la compréhension de ce concept. L'objectif de cet article est donc de proposer une analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale, selon le cadre méthodologique de Rodgers. Les résultats révèlent les multiples usages du terme et des concepts associés dans la littérature scientifique, en mettant en lumière cinq attributs clés : les milieux institutionnels et communautaires, la croissance du phénomène, les justifications et motifs invoqués, les populations ciblées, ainsi que les enjeux et dilemmes éthiques. L'analyse identifie également trois antécédents majeurs de ce phénomène : la désinstitutionnalisation, le manque de financement et les obstacles à l'accès aux services de santé mentale. Enfin, plusieurs conséquences de la judiciarisation de la santé mentale sont discutées, notamment en termes d'implications éthiques et cliniques pour la pratique des infirmières.

**Mots clés** Analyse de concept, Judiciarisation, Psychiatrie, Santé mentale, Soins infirmiers psychiatriques

## Analyse évolutive du concept de judiciarisation de la santé mentale : pertinence au regard des soins infirmiers psychiatriques

*ETIENNE PARADIS-GAGNÉ, JEAN-LAURENT DOMINGUE ET MANOUEL ARGOD*

### Introduction

Le contact avec le milieu judiciaire pour les personnes vivant avec la maladie mentale est une réalité omniprésente au Canada, en Amérique et dans d'autres juridictions à travers le monde (Wipond, 2023), notamment en Europe et en France (Dujardin et Pechillon, 2015; Söderberg et al., 2022). Plus spécifiquement dans la province de Québec, Provencher (2010) soulève que de plus en plus de personnes souffrant de troubles mentaux doivent faire face au système de justice. Cela peut être à la suite d'un délit commis, ou lorsqu'un mandat du tribunal les oblige à être hospitalisées ou soignées contre le gré. L'admission psychiatrique

involontaire, les ordonnances de traitement et l'obligation de suivi par une équipe en santé mentale sont des exemples de mesures clinico-juridiques qui s'opèrent contre la volonté des personnes, qu'elles soient hospitalisées ou encore suivies dans la communauté. Différents auteurs indiquent que le contact avec le système de justice pour ces personnes est une problématique d'envergure, étant la source de nombreux effets délétères telle que la perte d'agentivité et d'expression identitaire (Jager et Perron, 2023).

Le concept de judiciarisation a été étudié dans différentes disciplines, dont la sociologie, le droit, la psychiatrie et l'éthique médicale, et ce selon différentes perspectives et théories (ex. : modèle biomédical et biopsychiatrie, analyse sociale du phénomène et analyse juridique) (Dujardin et Pechillon, 2015; Otero, 2010). De nombreux acteurs ont contribué dans les écrits à explorer le concept, qu'il s'agisse de juristes, d'usagers du système de santé, de cliniciens, de membres de l'entourage et des familles ou d'organismes d'aide. On constate notamment que des organismes de défense de droit en santé mentale et des groupes de soutien

soulèvent des préoccupations et de fortes critiques par rapport à cette judiciarisation accrue des personnes atteintes de troubles mentaux (Bernheim, 2015; Néron, 2016). Du côté de la discipline infirmière, le concept de judiciarisation est tout autant d'actualité. En effet, les infirmières qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale et la psychiatrie sont particulièrement affectées par cette hausse de la judiciarisation dans le cadre de leur pratique clinique; elles doivent pratiquer avec les personnes judiciarisées, que ce soit en milieu de détention, aux tribunaux, dans les hôpitaux ou dans la communauté (Galon et Wineman, 2010). La judiciarisation accrue de la maladie mentale se veut donc être un concept qui est intimement lié à la discipline infirmière.

Toutefois, le terme « judiciarisation » est utilisé de manière hétérogène dans la littérature et sa définition fluctue considérablement entre les auteurs et les disciplines. Étant donné l'importance du concept à la fois pour la discipline infirmière, pour les disciplines professionnelles de la santé et pour le champ de la santé mentale en général, une compréhension plus approfondie du concept s'avère nécessaire. Dans ce contexte, le but du présent article est d'analyser conceptuellement la judiciarisation de la santé mentale.

## Méthodologie

La méthodologie de l'analyse de concept a été utilisée pour cette démarche de recherche conceptuelle. L'analyse de concept est une approche qui provient de la philosophie des sciences (Risjord, 2009; Wilson, 1963) et qui a pour objectif de clarifier ou définir un concept en identifiant ses éléments constitutifs, ses attributs et ses contextes d'application. Cette approche permet d'évaluer, de développer et de critiquer un concept d'importance au sein de disciplines, comme les sciences infirmières, afin de faire avancer la théorie et guider la pratique clinique (Rodgers et al., 2018).

Plusieurs types d'analyse de concept sont utilisés dans le domaine des sciences infirmières, dont la méthode de Walker et Avant (2019), la méthode évolutive (Rodgers et al., 2018), la méthode hybride de Schwartz-Barcott et Kim (Kalantari et al., 2024) et l'analyse dimensionnelle de Caron et Bowers (2000). Pour la présente étude, nous avons utilisé l'analyse de concept évolutive proposée par Rodgers (1989). Dans cette approche, un concept est considéré comme évoluant dans le temps, en fonction du contexte (ex. : disciplinaire, social, clinique ou juridique), et de son application. Le but de l'approche évolutive est de contribuer au développement des connaissances de manière à explorer comment le concept est mobilisé dans une discipline, ainsi que l'évolution de son utilisation à l'intérieur de celle-ci.

Les différentes étapes de l'analyse conceptuelle proposées par Rodgers ont été suivies, soit : 1) circonscrire et définir le concept d'intérêt ; 2) identifier les concepts et termes apparentés ; 3) sélectionner un échantillon approprié pour la collecte des données ; 4) déterminer les attributs du concept à l'étude et les fondements contextuels du concept (y compris les variations interdisciplinaires, socioculturelles et temporelles) ; et 5) explorer les antécédents et les conséquences du concept.

Pour l'étape de sélection d'un échantillon approprié, différents articles empiriques et théoriques ont été consultés afin de réaliser cette analyse. En ce qui a trait à la recension des écrits, Rogers avance qu'une analyse de concept se distingue d'une synthèse des connaissances traditionnelle (ex. : revue systématique ou revue de la portée) puisqu'une recherche systématique des articles n'est pas nécessairement requise. L'analyse doit plutôt faire un portrait d'ensemble à travers un corpus diversifié et provenant de plusieurs disciplines (ex. : littérature grise, articles scientifiques, livres, textes d'opinion ou autres).

Les bases de données CINAHL, MedLine, Web of Science et Érudit ont été consultés avec l'utilisation de mots-clés suivants: judiciarisation; judiciarization; criminalization; mental health; psychiatry. De plus, les références des articles pertinents ont été consultées afin de trouver d'autres articles à analyser. Une diversité de types de textes provenant de la littérature grise a aussi été consultée pour la réalisation de cette analyse, dont des lignes directrices cliniques, des articles de journaux, des politiques gouvernementales et des textes éditoriaux. Pour ce qui est des critères d'inclusion, les textes sélectionnés devaient: i) aborder le concept de judiciarisation en contexte de santé mentale ; ii) avoir été publiés dans les trente dernières années ; et iii) être applicables dans le domaine des sciences infirmières ou des sciences de la santé. Au total, 30 textes ont été retenus, principalement de langue française. Ces textes ont ensuite été analysés à l'aide d'une grille d'extraction des données en fonction des différentes rubriques proposées par Rodgers (concepts apparentés, attributs, antécédents et conséquences).

## Identification et définition du concept

En termes de définition, les écrits consultés rapportent que la judiciarisation de la maladie mentale peut être conceptualisée comme un processus social lié à la contrainte et la coercition des soins de santé mentale (Larose-Hébert, 2020). La judiciarisation touche particulièrement à l'intervention des tribunaux dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit alors d'un concept assez large, qui peut porter sur une diversité de mesures judiciaires, comme le soulignent les psychiatres

Bureau et al. (2001) : « Nous entendons par judiciarisation toute inscription d'un patient dans le processus judiciaire » (p. 204). Dans une autre définition davantage orientée vers les politiques de santé et les législations, Deschamps (2007) stipule plutôt que : « La « judiciarisation » de la psychiatrie est une notion qui évoque des politiques législatives qui organisent l'intervention des institutions judiciaires dans le champ de la psychiatrie » (p. 12). Dans cette même optique, Pariseau-Legault et al. (2021) considèrent que le concept aborde plusieurs mesures judiciaires qui viennent encadrer les soins et services en santé mentale.

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. (p. 42)

On constate donc que le concept à l'étude englobe une pluralité de mécanismes touchant à la fois au droit civil, criminel, pénal et au droit administratif (Beaudoin et Robert, 2012; Dujardin et Pechillon, 2015). Le concept de judiciarisation peut ainsi porter sur les mécanismes de diversion de la justice criminelle (tribunaux spécialisés en santé mentale) ou les mesures de nature civile (ordonnance de traitement, admission involontaire) (Paradis-Gagné et Jacob, 2021; Pariseau-Legault et al., 2021). Dans le domaine criminel et pénal, l'incarcération et l'emprisonnement des personnes atteintes de troubles mentaux sont d'autres domaines d'étude faisant partie de la judiciarisation. Pour Laberge et Morin (1993) et Otero (2010), le concept englobe également l'intervention des policiers en contexte de problèmes de santé mentale, à la base de l'action du système judiciaire et psychiatrique. En effet, ce sont souvent les policiers qui doivent intervenir auprès des personnes en situation de crise, entre autres lorsque les proches et membres de l'entourage sont à bout de souffle et se sentent parfois menacés. Selon Fradet (2009), le processus de judiciarisation peut notamment s'enclencher lorsque les proches et membres de la famille contactent les policiers et ambulanciers pour faire hospitaliser un proche lorsqu'il présente un risque de violence envers lui-même ou envers les autres. En l'occurrence, la grande diversité des mesures judiciaires qui entourent la santé mentale est souvent évoquée à travers les écrits, ce qui peut venir complexifier la définition du concept (Deschamps, 2007; Gray et al., 2016).

## Termes et concepts apparentés

Différents termes sont utilisés à travers les écrits et peuvent être associés au concept de judiciarisation. Par exemple, les auteurs abordent les concepts de « criminalisation » des personnes (Jaimes et al., 2009; Laberge et Morin, 1993; Provencher, 2010) lorsque ceux-ci se retrouvent aux prises avec le système de justice criminelle et pénale. Ce concept parent s'avère surtout présent dans la littérature anglophone - criminalization (Beltrani et Zapf, 2020; Peternelj-Taylor, 2008). Un autre concept apparenté est celui de l'implication dans le système judiciaire (justice system involvement) (Bonfine et al., 2020; Auteurs, 2024). Ces différents concepts renvoient toutefois à un phénomène commun, soit celui de la hausse du contact avec les systèmes judiciaires pour les personnes qui présentent des troubles mentaux. Le terme de « déjudiciarisation » (Jaimes et al., 2009; Morin et al., 2000; Otero, 2010) émerge aussi des écrits, et réfère à diverses approches et programmes de diversion permettant d'éviter le contact avec le système de justice criminelle pour les personnes vivant avec la maladie mentale ayant commis un délit. Également, les concepts de « coercition des soins psychiatriques » (Pariseau-Legault et al., 2021), de « contrainte » et de « soins sous coercition » (Larose-Hébert, 2020) s'avèrent aussi liés à la judiciarisation des troubles mentaux à travers les textes consultés. Enfin, plusieurs autres termes et expressions sont mobilisés dans les écrits que nous avons consultés, dont les « dispositifs de psychiatrie-justice » (Otero, 2010), les « interventions psychiatrie-justice » (Laberge et Morin, 1993), l'« interface psychiatrie-justice » (Van Hout et al., 2023) ou encore l'« interface clinico-juridique » (Pariseau-Legault et al., 2021).

## Attributs du concept de judiciarisation

Selon Rogers et coll. (2018), un concept peut s'exprimer par des énoncés et des caractéristiques propres, que l'on définit comme ses attributs. À la suite de l'analyse des écrits recensés, nous avons donc identifié les différents attributs du concept, que nous avons regroupé en cinq catégories : 1) milieux institutionnels et communautaires ; 2) phénomène en croissance ; 3) justifications et motifs évoqués ; 4) populations ciblées et 5) enjeux et dilemmes éthiques.

### 1. Milieux institutionnels et communautaires

Ce premier attribut porte sur les milieux où l'on retrouve le plus souvent l'occurrence de la judiciarisation de la santé mentale. De manière générale, les écrits avancent qu'elle se produit dans les hôpitaux psychiatriques et médicolégaux (Bureau et

al., 2001; Paradis-Gagné et Jacob, 2021), ainsi que dans les milieux carcéraux comme les prisons et pénitenciers (Fradet, 2009; Laberge et Morin, 1993; Larose-Hébert, 2020). Des études portant sur l'interaction entre la santé mentale et la justice à l'intérieur des tribunaux ont aussi été réalisées dans les dernières années, particulièrement au Canada (Jaimés et al., 2009; MacDonald et Dumais Michaud, 2015; Schneider, 2017). Dans la discipline infirmière plus particulièrement, la pratique clinique des infirmières psychiatriques effectuée en partenariat avec les tribunaux et les services de police a aussi fait l'objet de certaines études (Hean et al., 2011; Tarrant, 2014; Turnbull et Beese, 2000).

Bien que plusieurs écrits indiquent que le concept de judiciarisation s'effectue surtout dans les milieux institutionnels, on constate de plus en plus que la communauté est un lieu où les personnes peuvent être inscrites dans une trajectoire judiciaire. À cet effet, Dujardins et Péchillon (2015) rapportent qu'en France et en Europe, on observe cette hausse de la judiciarisation des personnes en soins ambulatoires, non plus seulement dans les milieux fermés. Le recours aux autorisations judiciaires de soins dans la communauté (ou ordonnances de traitement) et au suivi intensif dans le milieu pour les personnes faisant l'objet de modalités judiciaires semble de plus en plus la norme. Ces personnes se retrouvent à vivre dans leur milieu de vie hors des murs des hôpitaux, et ce sous surveillance constante des tribunaux et des équipes traitantes, incluant les infirmières psychiatriques (Dujardin et Péchillon, 2015; Otero, 2010, 2016).

## 2. Phénomène en croissance

Le second attribut identifié porte sur l'accroissement du recours à la judiciarisation en contexte de santé mentale. En effet, plusieurs auteurs rapportent qu'il s'agit d'un phénomène en augmentation dans plusieurs pays ; on observe de plus en plus une surreprésentation des personnes vivant avec la maladie mentale dans les systèmes de justice (Larose-Hébert, 2020; Linhares, 2020). Par exemple, dans la province de Québec, Provencher (2010) rapporte que :

De plus en plus de citoyens vivant un problème de santé mentale doivent faire face au système judiciaire. Parfois, c'est à la suite d'un délit, mais bien souvent, il s'agit aussi de personnes qui sont sous le coup d'une décision de la Cour qui les forcera à être hospitalisées, médicamenteuses ou hébergées contre leur gré. (p. 18)

Au Canada et au Québec particulièrement, cet accroissement du recours à la judiciarisation s'opère sur différents plans, dont celui de l'accroissement des interventions policières en contexte de santé mentale (Otero, 2010). Larose-Hébert (2020) évoque par ailleurs une hausse des personnes ayant des troubles mentaux incarcérées et celles jugées non-

responsables criminellement pour cause de troubles mentaux. Dans les établissements de psychiatrie générale comme ceux spécialisés en psychiatrie légale, des chercheurs américains (Beltrani et Zapf, 2020) rapportent aussi l'augmentation fulgurante des demandes d'évaluation psychiatriques médico-légales (ex. : évaluation de l'aptitude à comparaître au procès et évaluation de la responsabilité criminelle). Du côté de la France (Dujardin et Péchillon, 2015), on met aussi en avant-plan cet accroissement du rôle des tribunaux par rapport à la prise en charge des personnes vivant avec la maladie mentale. Pour Macdonald et Dumais-Michaud (2015), cet accroissement du recours aux tribunaux s'insère dans une optique de contrôle et de gestion des risques.

L'augmentation de l'importance des ressources consacrées à la « clientèle » juridique psychiatrique ainsi que l'augmentation de la fréquence des interventions policières en tant que premiers intervenants s'inscrivent dans un mouvement qui tend à judiciariser des individus marginalisés insérés au sein de logiques de contrôle social et de constructions socioculturelles du risque (p. 164)

Pour ce qui est des milieux carcéraux, des groupes professionnels et organismes d'aide en santé mentale ont rapporté une hausse importante du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui se voient emprisonnées depuis les dernières années (Chaimowitz, 2012; Côté, 2024).

## 3. Justifications et motifs évoqués

Un autre attribut de la judiciarisation que nous avons identifié porte sur la justification soulevée par rapport à son utilisation. En premier lieu, les motifs de prévention de la violence (Bureau et al., 2001) et de protection du public (Larose-Hébert, 2020) sont maintes fois évoqués. Par exemple, selon Dujardins et Péchillon (2015), la judiciarisation est utilisée afin de « préserver l'ordre public » (p. 460). En tant que mesure de dernier recours, l'utilisation des tribunaux pour « assurer » la prise en charge des personnes est vue avant tout comme une mesure coercitive ayant pour but la gestion du risque de dangerosité (Larose-Hébert, 2020). D'un point de vue éthique, cette visée de contrôle social et de gestion des comportements à risque est à même d'opposer les valeurs que ce sont celles du rétablissement et du respect de l'autonomie.

Il appert aussi que le processus de judiciarisation permet, dans une certaine mesure, de respecter des procédures et normes selon les législations en place. Cela viendrait baliser les interventions de nature coercitive — par exemple lors d'une demande d'admission involontaire ou d'un traitement contre le gré. Dans cette perspective, pour Dujardin et Péchillon (2015) le recours à la judiciarisation permettrait un respect des droits individuels, un cadre réglementaire entourant les

pratiques contraignantes – ce qui peut être lié au concept de justice procédurale (Galon et Wineman, 2010) ou d'équité procédurale (Zetterberg et al., 2014).

Il est aussi soulevé que la judiciarisation est utilisée pour permettre un accès potentiellement plus accéléré aux services de santé mentale. À cet effet, Laberge et Morin (1993) considèrent qu'il s'agit d'une « stratégie qui consiste à utiliser le système pénal pour répondre à des besoins de prise en charge et d'intervention psychosociale » (p. 89). La judiciarisation peut donc être conceptualisée comme une voie de contournement au système public de santé mentale, qui se voit de plus en plus surchargé et incapable de répondre aux besoins criants dans la communauté. Macdonald et Dumais Michaud (2015) rapportent aussi que cette judiciarisation peut être utilisée comme levier pour permettre l'obtention (forcée) des soins psychiatriques pour les personnes.

Soutenir l'équipe soignante dans son travail (Bureau et al., 2001) en plus de favoriser la prise de la médication sous ordonnance du tribunal (Paradis-Gagné et Jacob, 2021) sont également des motifs qui émergent de la littérature. Selon les résultats d'une étude québécoise (MacDonald et Dumais Michaud, 2015), la judiciarisation est vue comme un levier thérapeutique pour inciter la personne à suivre son traitement et ne pas consommer de substances, sous peine de mesures davantage coercitives. On constate donc la mise en place d'un certain discours mettant l'accent sur le caractère « thérapeutique », voir salubre de la judiciarisation.

Enfin, un autre motif évoqué dans les écrits a trait à la responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans cette vision néolibérale mettant l'emphase sur la responsabilité individuelle, le recours aux tribunaux a pour objet de rendre davantage « autonome » la personne ayant commis des actes répréhensibles (Bureau et al., 2001). Cette mesure de responsabilisation aurait comme objectif secondaire de soutenir les équipes dans la gestion des patients présentant des comportements perturbateurs, ou à risque de violence. Il s'agit aussi d'un constat soulevé par les responsables de l'organisme PECH – qui vient en soutien aux personnes aux prises avec des enjeux de toxicomanie, de santé mentale et de judiciarisation de la région de Québec: « le réseau de la santé mentale lui-même demande aux réseaux correctionnel et judiciaire de judiciariser certains cas où des personnes consomment des drogues pour les responsabiliser. » (Néron, 2016).

#### 4. Populations ciblées

Un autre des attributs identifiés dans cette analyse porte sur les populations et clientèles judiciarisées. Pour Otero (2010), la judiciarisation affecte surtout des personnes aux prises à

la fois avec des enjeux psychosociaux et de santé (troubles mentaux et comorbidités, toxicomanie, isolement social, problèmes d'accès aux services entre autres). D'ailleurs, Morin et al. (2000) nous informent que la clientèle « psychiatrie-justice » est souvent étiquetée comme problématique : « la judiciarisation est fortement associée au type de situations problèmes. » (p. 101) Ces personnes – dont les besoins de santé sont pourtant fort complexes – sont souvent qualifiées péjorativement comme dérangeantes, à risque pour la société. D'autres auteurs déplorent que l'on considère ainsi ces personnes comme des « citoyens de seconde zone » (Linhares, 2020), faisant face à différents enjeux de précarité financière et sociale. Provencher (2010) abonde dans le même sens, stipulant que la judiciarisation de la santé mentale – et particulièrement le contact avec le système de justice criminel – touche surtout les personnes en situation de pauvreté, souvent peu scolarisées. Les populations inscrites dans un processus de judiciarisation se retrouvent trop souvent marginalisées et en situation de grande vulnérabilité, en plus d'être confrontées à des situations de vie traumatisantes. On peut penser aux historiques antérieurs d'abus et de violence, d'inceste et de victimisation notamment (Provencher, 2010).

En ce qui a trait au genre, les études démontrent que les hommes sont associés à un plus haut taux de judiciarisation pénale comparativement aux femmes, qui constituent une minorité des patients en psychiatrie légale (Nicholls et al., 2015; Statistique Canada, 2019). Dans la recherche de Latimer et Lawrence (2006), parmi 8679 participants sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux (déclarés non-responsables criminellement ou inaptes à subir un procès), 84 % étaient des hommes et seulement 16 % des femmes. Il importe cependant de rapporter que les femmes atteintes de troubles mentaux dans le système de justice sont plus susceptibles d'avoir vécu des abus, de la violence et des traumatismes répétés par le passé (Nicholls et al., 2015).

#### 5. Enjeux et dilemmes éthiques

L'analyse des écrits sur le concept de judiciarisation de la santé mentale a permis d'identifier un dernier attribut central; celui portant sur les débats, tensions et dilemmes de valeur que suscite l'utilisation du concept. D'entrée de jeu, il appert que ce concept implique des enjeux de privation de liberté, de respect des droits fondamentaux (ex. : droit de consentir aux soins, de choisir son milieu de vie, de se mouvoir librement), et est source de fortes tensions professionnelles, sociales et médiatiques. Pour Dujardin et Pechillon (2015), nous sommes en présence d'une dichotomie entre des visions paternalistes de protection du public et celles, plus humanistes, axées sur le respect de l'autonomie des individus, de leurs choix tout comme de leurs valeurs et croyances.

En matière de débats sociaux, on constate donc la présence de visions divergentes entre les acteurs et parties prenantes dans le domaine de la santé mentale. Tandis que les organismes de soutien pour les familles et les groupes de professionnels de la santé considèrent les mesures de judiciarisation comme requises pour la protection des patients et du public, d'autres acteurs (ex. : milieux communautaires, groupes de défense des droits en santé mentale) considèrent plutôt ces mesures comme néfastes, abusives et surutilisées (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ], 2019; Lacoursière et Jean, 2023). Nous serions ainsi en présence d'une certaine dérive autoritaire axée vers le contrôle des populations en situation de grande vulnérabilité. Ces positions fort polarisées entre les parties prenantes, fondées dans des schèmes de valeurs différents (protection du public versus respect des droits individuels et autonomie des personnes), semblent peu conciliables. On retient donc que les enjeux entourant le recours au système de justice en contexte de santé mentale sont complexes, et ne peuvent être abordés de manière unilatérale et simpliste (Provencher, 2010).

Pour certains auteurs, la judiciarisation de la maladie mentale présente plusieurs limites (Deschamps, 2007). Par exemple, Bernheim (2015) rappelle qu'en matière d'hospitalisation involontaire, il n'existe pas de consensus sur les critères de dangerosité permettant de décider ou non de l'hospitalisation involontaire de la personne. Le risque de perpétuer des rapports inégalitaires de pouvoir à l'endroit de ces individus — sous le couvert de modalités coercitives dites « empathiques » et « humaines » — s'avère un problème central soulevé. En effet, bien qu'une vision clinique et thérapeutique, de la part des psychiatres ou des infirmières psychiatriques, soit accolée au recours à la judiciarisation, il n'en demeure qu'elle est avant tout utilisée comme outil de contrôle social et que sa valeur clinique (ex. : diminution des symptômes de maladie, de la durée d'hospitalisation et taux de réadmission) est fortement mise en doute.

On voit poindre le risque de dérive autoritaire et coercitive que suscite le recours sans cesse accru aux mesures de judiciarisation (ex. : admission psychiatrique involontaire, traitement contre le gré). Otero (2010) souligne en ce sens la pathologisation et la médicalisation des enjeux sociaux, critiquant le concept comme étant celui de la « judiciarisation abusive des problèmes sociaux et de santé mentale » (p. 96) et ce malgré que nous soyons en présence de mesures soi-disant exceptionnelles et de dernier recours. En lien avec cette tangente de pathologisation, des écrits soulignent la primauté de la médication comme solution trop souvent évoquée par les tribunaux et les milieux de soins (Pariseau-Legault

et al., 2021; Provencher, 2010). Linhares (2020) critique cette prépondérance du modèle biomédical et la prise de la médication comme gage de succès (voire comme unique voie de salut) qui est maintenant exigé quasi systématiquement par l'appareil judiciaire et le dispositif psychiatrie-justice. Par exemple, les résultats d'une étude ethnographique rapportent que la question de l'observance à la médication psychiatrique est au cœur des dossiers judiciaires (Bernheim et al., 2022). Nous croyons essentiel de noter que cette observance à la médication est un rôle intimement lié à la pratique infirmière en milieu psychiatrique en contexte de judiciarisation.

### Antécédents

Après avoir discuté des différents attributs qui constituent le concept de la judiciarisation, nous allons maintenant explorer quels sont ses antécédents du concept, c'est-à-dire les facteurs contributifs à son apparition. Trois grands ensembles d'antécédents sont ressortis de l'analyse des écrits, soit la désinstitutionnalisation, le manque de financement et la difficulté d'accès aux services de santé mentale.

### Désinstitutionnalisation

En premier lieu, une des causes les plus évoquées pour le recours au concept de judiciarisation est celle de la désinstitutionnalisation (Jaimes et al., 2009). « Le phénomène de judiciarisation et de criminalisation de la maladie mentale est intimement lié à la désinstitutionnalisation psychiatrique ayant débuté au Québec dans les années 1960. » (Larose-Hébert, 2020, p. 49). Ce mouvement devait initialement permettre une plus grande prise en charge des personnes vivant avec la maladie mentale à même la communauté, non plus uniquement dans les asiles et hôpitaux psychiatriques. Tandis qu'à l'époque asilaire il était aisé d'admettre et de traiter involontairement les personnes sans grande impunité, les luttes et l'action politique des organismes de défense des droits et de la société civile ont permis des changements importants par rapport au respect des droits humains. Selon cette explication, le déclin des nombres de lits en psychiatrie depuis les années 1960, juxtaposé entre autres à une hausse des critères permettant l'hospitalisation et le traitement contre le gré, ont entraîné une hausse du nombre de personnes insérées dans le système de justice (Beltrani et Zapf, 2020). Pour Otero (2010), ce mouvement de sortie des patients en dehors des murs des asiles s'est aussi soldé par des ratés sur le plan de l'intégration et de la socialisation des personnes. Les inégalités croissantes, la discrimination et l'isolement social qui s'en est suivi auraient accentué le recours aux tribunaux afin d'assurer l'offre de soins pour ces personnes.

### Manque de financement

Le mouvement de la désinstitutionnalisation devant permettre un passage des personnes vers la communauté a été suivi d'un manque important d'investissement dans les services de santé mentale dans la communauté, particulièrement dans les services de première ligne (Frappier et al., 2009; Néron, 2016; Valence, 2006). À notre époque, les politiques néolibérales de désinvestissement, voire d'abandon des services publics, ont aussi été mises en place, et ce particulièrement dans les dernières années. Dès lors, en amont du recours à la judiciarisation, un déficit de financement à la fois dans les programmes sociaux (accès au logement, aide sociale) (Laberge et Morin, 1993), dans les services de santé mentale et les systèmes de justice est une des causes entraînant le recours accru aux tribunaux en contexte de santé mentale. Comme l'expliquent Dujardins et Péchillon (2015) : « La judiciarisation des soins psychiatriques sans consentement contraint deux services publics en souffrance, santé et justice, à devoir aborder et mettre en œuvre les politiques publiques sans moyens supplémentaires, ce qui représente un réel défi organisationnel. » (p. 466-467).

### Difficulté d'accès aux services

Le manque de financement du réseau de la santé et des services sociaux et autres services publics accentue par le fait même la difficulté d'accès aux soins en santé mentale. Conséquemment, les lacunes dans les services disponibles en santé mentale augmentent indirectement le recours à la judiciarisation : « 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 » (Pariseau-Legault et al., 2021, p. 50). Faute de moyens suffisants (ex. : milieux d'hébergement, équipes en santé mentale, services d'accompagnement), les personnes en viennent à être contraintes d'être inscrites dans une trajectoire judiciaire pour recevoir des services qui sont pourtant universels et publics. Bien qu'il s'agisse d'un enjeu très actuel, ce phénomène ne date pourtant pas d'hier. Dans un texte publié il y a près de 20 ans, Valence (2006) identifiait déjà l'importance d'améliorer l'accès aux services en amont : « Diminuer la judiciarisation par la prévention et l'accès à une gamme complète de services » (p. 35).

Comme on peut le constater, l'évolution du concept de la judiciarisation en santé a certes été influencée par la désinstitutionnalisation initiée dans les années 1960, mais aussi par des facteurs plus contemporains, dont les mesures d'austérité financière liées au mouvement du néolibéralisme (coupures dans les services sociaux et de santé, emphase sur la responsabilité individuelle des personnes et effritement des mesures de soutien communautaire et sociale) (Wipond,

2023). L'accent sur la gestion des risques dans la société et la protection du public fait aussi partie des éléments contemporains liés à cette accentuation du recours à la judiciarisation.

### Conséquences

D'entrée de jeu, Laberge et Morin (1993) soulignent que le recours au concept de la judiciarisation n'est pas sans conséquences. Ces auteurs rapportent la détérioration des conditions de vie, l'épuisement des ressources communautaires tout comme la forte exclusion sociale qui peut en découler. Un tel constat est aussi rapporté par Valence (2006), pour qui la judiciarisation est le « grand prix de l'exclusion » : « L'étiquette de santé mentale est déjà dure à porter, quand on ajoute la judiciarisation, c'est encore pire ! Ce sont les exclus des exclus. Non seulement t'es fous, mais en plus t'es dangereux ! » (p. 6).

À la lumière de ces constats, il s'avère que les populations faisant l'objet de judiciarisation sont victimes de stigmatisation accrue (Gouvernement du Québec, 2018; Van Hout et al., 2023). Les écrits indiquent que lorsque la personne est insérée dans une trajectoire judiciaire, elle porte alors le double stigmate de la maladie mentale et de dangerosité/criminalité (Chaimowitz, 2012; Marshall et Adams, 2018). Selon Frappier et al. (2009), l'apposition de ce double stigmate peut complexifier l'accès aux services de santé. Marshall et Adams (2018) indiquent par exemple que la double stigmatisation peut avoir un impact sur la qualité de la relation thérapeutique entre les professionnels de la santé et les patients judicarisés. D'ailleurs, les infirmières psychiatriques ont déjà été identifiées comme instigatrices de cette stigmatisation envers leurs patients (Tyerman et al., 2021). À cette double stigmatisation s'ajoutent également des données portant sur la persistance d'une triple stigmatisation (West et al., 2014), soit la juxtaposition du stigmate racial. Effectivement, les personnes racisées et celles issues des communautés autochtones sont encore plus à risque d'être insérées dans un processus de judiciarisation (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Sugie et Turney, 2017). Au Canada, on retrouve une surreprésentation des personnes autochtones et racisées souffrant de problèmes mentaux à l'intérieur du système de justice pénale (Chaimowitz, 2012; Watts et Weinrath, 2017). Les personnes autochtones font aussi l'objet de mesures judiciaires plus restrictives en contexte de judiciarisation des troubles mentaux (Nicholls et al., 2023).

Une des conséquences aussi documentées par plusieurs auteurs porte sur la privation des libertés de la personne (Deschamps, 2007). En effet, Bernheim (2015) explique que le recours à la judiciarisation engendre une intrusion dans la

vie privée, fondée sur une vision paternaliste. La judiciarisation est aussi vue comme un « labyrinthe » (Provencher, 2010) dont les conséquences sont sans fin : incarcération accrue, réadmissions répétées en milieu psychiatrique (syndrome de la porte tournante), antécédents criminels et discrimination en sont des exemples patents (Domingue et al., 2023). Les impacts négatifs sur la relation thérapeutique entre les soignants et la personne judiciarisée sont aussi à considérer. La rupture du lien relationnel entre la famille et le proche (lorsque l'entourage est impliqué dans les démarches judiciaires) est notamment bien documentée (Larose-Hébert, 2020). D'ailleurs, l'intervention judiciaire peut être troublante et insécurisante pour la personne qui en fait l'objet tout comme pour les membres de sa famille (Fradet, 2009).

Comme nous pouvons lire, les conséquences qui ressortent de l'utilisation du concept sont nombreuses. Dans un rapport publié en 2018 portant sur l'interaction entre la santé mentale et la justice, le Gouvernement du Québec (2018) a synthétisé la plupart de ces conséquences.

La judiciarisation entraîne fréquemment une rupture de services de santé et de services sociaux (traitement pharmacologique, suivi psychiatrique ou psychosocial, etc.), doublée d'une rupture sociale associée à la détérioration des conditions de vie (perte d'emploi, de logement, de revenu, difficultés financières dues aux amendes imposées, etc.). Le plus souvent, ces ruptures sont consécutives à une période d'incarcération, qu'elle soit préventive ou correctionnelle. À cela s'ajoutent les multiples impacts de ces ruptures sur le rétablissement et la réadaptation, notamment celui d'avoir un casier judiciaire. (p. 3)

## Discussion

Notre analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale met en lumière un certain nombre de préoccupations, particulièrement en ce qui concerne la relation entre la psychiatrie et la justice. L'inscription de la psychiatrie dans un cadre juridique civil et criminel crée une dynamique complexe où le patient psychiatisé se trouve toujours sous la menace constante de traitements forcés ou d'hospitalisations contre son gré (Wipond, 2024). Cela soulève la question fondamentale : peut-on réellement dissocier les soins psychiatriques du système judiciaire, ou, en d'autres termes, les soins psychiatriques ne sont-ils pas de facto des soins judiciarisés? En effet, la judiciarisation semble inhérente à la psychiatrie, dans la mesure où les personnes psychiatisées sont souvent traitées dans des

contextes où la frontière entre soin et contrainte judiciaire est floue. Les personnes psychiatisées doivent donc conjuguer avec la possibilité omniprésente, telle une épée de Damoclès, de se faire interner de force, traiter de force ou mettre sous contrainte (contentions mécaniques ou salle d'isolement) si elles ne respectent pas le cadre comportemental établi par le dispositif médical qui chapeaute leurs « soins » (Domingue et al., 2023). Nous convenons que ces « soins » sont donc de facto dispensés dans un contexte coercitif desquels ils ne peuvent s'extraire. En effet, plutôt que de concevoir le recours à la judiciarisation comme le symptôme d'une défaillance du système de soins, ne faut-il pas y voir la rationalité de la logique même du soin psychiatrique tel qu'il se déploie dans nos sociétés? Dans cette perspective, la judiciarisation ne serait pas accessoire au soin, mais bien intégrale à une forme de gouvernement des conduites, où le contrôle judiciaire et la coercition thérapeutique, souvent d'origine infirmière (Domingue et al., 2022; Jager et Perron, 2018) deviennent des modalités ordinaires de l'intervention clinique.

Cette problématique est d'autant plus inquiétante lorsqu'on considère l'effet multiplicatif de la désinstitutionnalisation sur le recours contemporain à la judiciarisation de la santé mentale. Selon Ben Mosche (2020), la désinstitutionnalisation n'a pas conduit à la disparition ou à la réduction des pratiques d'incarcération et de judiciarisation en contexte psychiatrique. Au contraire, cette désinstitutionnalisation a plutôt provoqué un déplacement et un décuplement des espaces où cette judiciarisation opère : des hôpitaux psychiatriques vers les prisons, les maisons de transition, les écoles, les hébergements de soins de longues durées, les maisons de jeunes, et autres espaces résidentiels et communautaires (Ben Mosche, 2020). Dans un contexte où l'efficacité thérapeutique des mesures judiciaires coercitives (particulièrement le traitement forcé) est peu supportée sur le plan empirique (Muralidharan et Fenton, 2006; Rugkåsa, 2016; Sailas et Fenton, 2000), la multiplication des espaces de judiciarisation et des technologies par lesquelles cette judiciarisation est possible (p. ex., ordonnance de traitement communautaire, bracelets électroniques, hébergements sécurisés) entraîne de nombreuses préoccupations sur le plan clinique.

Les résultats de notre analyse conceptuelle nous permettent aussi de nous interroger au sujet de deux constats. D'abord, bien que les infirmières psychiatriques soient des agentes omniprésentes dans l'opérationnalisation de la judiciarisation des personnes vivant avec un problème de santé mentale, par exemple en administrant les traitements forcés, en

rapportant des comportements jugés déviants aux autorités ou en accompagnant les familles dans le signalement de leurs proches à la police, elles demeurent largement invisibles, en tant que professionnelles avec un champ de compétences distinct, dans les écrits portant sur la judiciarisation. En effet, elles y sont fréquemment diluées dans les catégories de « professionnels de la santé » ou de « l'équipe traitante ». Nous soutenons que cette invisibilisation contribue à occulter le rôle central des infirmières dans les processus de judiciarisation, tout en les déresponsabilisant quant aux effets délétères qui en découlent.

Dans un second temps, nos résultats rendent compte d'une dynamique particulière en ce qui a trait aux questions raciales et de genres dans le cadre de la judiciarisation de la santé mentale. Ils évoquent comme conséquence de la judiciarisation une surreprésentation des personnes racisées et des personnes autochtones, ainsi que celles des hommes. Toutefois, dans les écrits recensés dans le cadre de notre analyse de concept, les questions raciales et genrées ne sont pas mobilisées comme antécédents structureaux du concept de judiciarisation. Or, certains travaux critiques, particulièrement en sciences humaines et sociales, soulignent que les logiques coloniales et genrées pourraient être constitutives de l'exposition différentielle à la judiciarisation en contexte psychiatrique (McGuire et Murdoch, 2021; Metz, 2009). Le fait que les écrits que nous avons recensés considèrent ces questions comme des conséquences - et non comme antécédents - du concept de judiciarisation tend à évacuer les rapports structurels de pouvoir fondés sur la race et le genre dans l'émergence du concept. En cantonnant ces rapports à des conséquences plutôt qu'à des possibles antécédents, les écrits que nous avons recensés semblent passer sous silence les facteurs systémiques qui rendent certaines populations plus vulnérables à l'intervention judiciaire en santé mentale.

### Implications pour la pratique clinique et la formation en santé mentale

Notre analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale suggère que cette dernière constitue une dimension indissociable du soin clinique, et cette réalité façonne profondément la pratique des professionnels de la santé. Plutôt que de considérer la judiciarisation comme un facteur externe qui influence les soins, nous convenons qu'elle doit être vue comme un élément inhérent aux soins psychiatriques contemporains. Dans cette perspective, les professionnels de santé mentale ne peuvent pas dissocier leur rôle de soignant de leur allégeance aux procédures juridiques sur lesquelles s'appuie leur pratique clinique. En effet, l'épée de Damoclès de l'internement forcé, du traitement forcé ou de la contrainte

qui flotte de façon perpétuelle au-dessus de la tête des patients psychiatisés rend l'établissement d'une relation de soin fondée sur le respect et sur la confiance mutuelle très difficile, voire impossible.

Ainsi, la judiciarisation de la santé mentale implique de repenser les pratiques de soins puisqu'elle limite inhéremment le respect des droits fondamentaux des patients (droit à l'autonomie, droit au consentement éclairé, ou protection contre les traitements cruels et inhumains) (AGIDD-SMQ, 2019; Lacoursière et Jean, 2023; Méndez, 2013). Il devient alors crucial de développer des modèles d'interventions qui tiennent compte de cette réalité afin de garantir des soins les plus éthiques possibles et respectueux des réalités sociales et judiciaires des personnes psychiatisées. En ce sens, nous convenons que les milieux dans lesquels œuvrent les professionnels de la santé et les milieux de formation doivent reconnaître ce contexte difficile et offrir des formations pour aider les professionnels de la santé à mieux gérer les défis spécifiques que pose la judiciarisation dans leur pratique clinique quotidienne.

Nous convenons qu'il devient alors essentiel d'intégrer au sein de la formation initiale des professionnels de la santé, incluant les infirmières, des moyens pour développer une posture réflexive face aux enjeux sociaux et juridiques complexes qui façonnent la dispensation de soins. Dans le cadre spécifique de la judiciarisation en contexte de santé mentale, cela implique d'y intégrer du contenu issu des sciences sociales portant sur les cadres légaux et juridiques en santé mentale, les rapports de pouvoir et les formes de violence que ces rapports de pouvoir peuvent engendrer. Nous proposons aussi que des espaces physiques et temporels devraient être mis à la disposition des soignants en milieu clinique pour leur permettre de discuter des effets de la judiciarisation sur les soins dispensés et sur les personnes sujettes à cette dernière, mais aussi de réfléchir au sujet de la place constitutive de cette judiciarisation dans leur pratique professionnelle. Nous proposons ces pistes en sachant très bien qu'elles ne sont pas des solutions miraculeuses aux problèmes engendrés par la judiciarisation en contexte de santé mentale, mais nous estimons qu'elles pourraient élargir le regard des professionnelles sur leurs rôles sociétaux au-delà de la relation intime proximale qu'ils ont avec leurs patients dans la mesure où les soins qu'elles dispensent s'insèrent dans des logiques sociales de contrôle populationnel qui affectent certains groupes plus que d'autres.

## Références

- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ]. (2019). De l'influence des mythes: Hospitalisation et médication forcée en santé mentale. AGIDD-SMQ. <https://www.agidd.org/de-l'influence-des-mythes-hospitalisation-et-medication-forcee-en-sante-mentale/>
- Beaudoin, O. et Robert, J.-M. (2012). Santé mentale et justice : Perspective des proches aidants: Un sentiment d'impuissance. *Le Partenaire*, 20(4), 21–28.
- Beltrani, A. et Zapf, P. (2020). Competence to stand trial and criminalization: An overview of the research. *CNS SPECTRUMS*, 25(2), 161–172. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001597>
- Ben-Mosche, L. (2020). *Decarcerating disability: Deinstitutionalization and prison abolition*. University of Minnesota Press.
- Bernheim, E. (2015). La judiciarisation des mesures d'internement au Québec: De la force idéalisée du droit à sa mise en pratique. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1007.
- Bernheim, E., Ouellet, G., Pariseau-Legault, P. et Sallée, N. (2022). Surveiller, contrôler et traiter: Le consentement aux soins à la Commission québécoise d'examen. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 111–128. <https://doi.org/10.7202/1094147ar>
- Bonfine, N., Wilson, A. B. et Munetz, M. R. (2020). Meeting the needs of justice-involved people with serious mental illness within community behavioral health systems. *Psychiatric Services*, 71(4), 355–363. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900453>
- Bureau, N., Roy, R., Gendron, P. et Millaud, F. (2001). La judiciarisation des patients psychiatriques: Éléments de réflexion et applications pratiques. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 202–215. <https://doi.org/10.7202/014518ar>
- Caron, C. et Bowers, B. J. (2000). Methods and application of dimensional analysis: A contribution to concept and knowledge development in nursing. Dans B. L. Rodgers et K. A. Knaf (Éd.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2e éd., pp. 285–319). W.B. Saunders Company.
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 1–6.
- Côté, B. (2024). Santé mentale et prison : la déroute du néolibéralisme. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. <https://asrsq.ca/revue-porte-ouverte/demystifier-la-sante-mentale-et-la-criminalite/sante-mentale-et-prison-la-deroute-du-neoliberalisme>
- Domingue, J.-L., Jacob, J.-D., Pariseau-Legault, P., Perron, A. et Foth, T. (2022). Nurses and the discursive construction of procedural justice in review board hearings. *Aporia* 14(2): 11–21. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.6424>
- Domingue, J.-L., Jacob, J.-D., Perron, A., Foth, T., & Pariseau-Legault, P. (2023). The forensic psychiatric network of observation and documentation: At the intersection of review board hearings and nursing practice. *Journal of Forensic Nursing*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000387>
- Deschamps, J.-L. (2007). La judiciarisation de la psychiatrie. *Synapse*, 233, 12–19.
- Dujardin, V. et Pechillon, É. (2015). La judiciarisation des soins psychiatriques: Le point de vue du juriste. *L'information psychiatrique*, 91(6), 459–469.
- Fradet, H. (2009). Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale: La réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 31–38. <https://doi.org/10.7202/039124ar>
- Frappier, A., Vigneault, L. et Paquet, S. (2009). À la fois malade et criminalisé: Témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 21. <https://doi.org/10.7202/039123ar>
- Galon, P. A. et Wineman, N. M. (2010). Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.12.005>
- Gouvernement du Québec. (2018). Stratégie nationale de concertation en justice et en santé mentale: Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3551355>
- Gray, J. E., Hastings, T. J., Love, S. et O'Reilly, R. L. (2016). Clinically significant differences among Canadian mental health acts: 2016. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 222–226. <https://doi.org/10.1177/07067437166632524>

- Hean, S., Heaslip, V., Warr, J. et Staddon, S. (2011). Exploring the potential for joint training between legal professionals in the criminal justice system and health and social care professionals in the mental-health services. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.524322>
- Jager, F. et Perron, A. (2018). Caring as coercion: Exploring the nurse's role in mandated treatment. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 148–153. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000207>
- Jager, F. et Perron, A. (2023). How identity is produced and experienced in the context of mandated community-based mental health care: An application of the theories of Grosz and Foucault. *Nursing Inquiry*, 30(3), e12552. <https://doi.org/10.1111/nin.12552>
- Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. et Ambrosini, D. (2009). Les Tribunaux de santé mentale: Déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 171–197. <https://doi.org/10.7202/039131ar>
- Kalantari, S., Modanloo, M., Ebadi, A. et Khoddam, H. (2024). Concept analysis of conscience-based nursing care: A hybrid approach of Schwartz-Barcott and Kim's hybrid model. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01070-8>
- Laberge, D. et Morin, D. (1993). Troubles mentaux et intervention pénale; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord. *Déviance et société*, 17(3), 309–348.
- Lacoursière, A. et Jean, O. (2023, 12 novembre). Les lois ne favorisent pas la prévention. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/policiers-et-detresse-mentale/une-heure-pour-eviter-le-pire/2023-11-12/les-lois-ne-favorisent-pas-la-prevention.php>
- Larose-Hébert, K. (2020). Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale: Le rôle complexe des proches-aidants. *Intervention*, 151, 47-62.
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). The Review Board Systems in Canada: An Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study. Department of Justice of Canada. [https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06\\_1/index.html](https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/index.html)
- Linhares, G. (2020). Judiciarisation, déni de droits et mythes en santé mentale. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. <https://asrsq.ca/revue-porte-ouverte/demystifier-la-sante-mentale-et-la-criminalite/judiciarisation-deni-de-droits-et-mythes-en-sante-mentale>
- MacDonald, S.-A. et Dumais Michaud, A.-A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161–177. <https://doi.org/10.7202/1037685ar>
- Marshall, L. A. et Adams, E. A. (2018). Building from the ground up: Exploring forensic mental health staff's relationships with patients. *The Journal of Forensic Psychiatry et Psychology*, 29(5), 744–761. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1508486>
- McGuire, M. M. et Murdoch, D. J. (2021). (In-)justice: An exploration of the dehumanization, victimization, criminalization, and over-incarceration of Indigenous women in Canada. *Punishment & Society*, 24(4), 529-550. <https://doi.org/10.1177/14624745211001685>
- Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a Black Disease*. Beacon Press.
- Méndez, J. E. (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment. Human Rights Council, Twenty-second session, Agenda item 3. United Nations. <https://www.refworld.org/reference/themreport/unhrc/2013/en/90541>
- Morin, D., Landreville, P. et Laberge, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: Le modèle de l'urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81–107. <https://doi.org/10.7202/004727ar>
- Muralidharan, S. et Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2006(3), CD002084. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system: Identification and management of mental health problems and integration of care for adults in contact with the criminal justice system (Guideline 66)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66/evidence/full-guideline-pdf-4419120205>
- Néron, J.-F. (2016, janvier 19). La judiciarisation des troubles de santé mentale inquiète. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2016/01/19/la-judiciarisation-des-troubles-de-sante-mentale-inquiete-e7fd95d6d5d61de9c8d78fff2afe9f93>

- Nicholls, T., Charette, Y., C. Seto, M., Caulet, M., M. Muir, N. et Crocker, A. (2023). How do persons found NCRMD and identified as indigenous differ from other persons found NCRMD: Profiles, trajectories, and outcomes. *International Journal of Forensic Mental Health*, 22(4), 340–353. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2205664>
- Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Seto, M. C., Wilson, C. M., Charette, Y. et Côté, G. (2015). The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. Part 5: How essential are gender-specific forensic psychiatric services? *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 135–145.
- Otero, M. (2010). Société, psychiatrie et justice au Québec: De la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation. *Le Partenaire*, 19(1), 25-30.
- Otero, M. (2016). Traiter les intraitables: L'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 203–226. <https://doi.org/10.7202/1041188ar>
- Paradis-Gagné, E., & Jacob, J. D. (2021). Judicialization of people suffering from mental illness: A critical analysis of the psychiatric–judicial interface. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 291–298. <https://doi.org/10.1111/jpm.12667>
- Pariseau-Legault, P., Bernheim, E., Ouellet, G. et Sallée, N. (2021). Lorsque la maladie mentale s'invite au banc des accusés: Ethnographie de la Commission d'examen et des espaces de justice hospitalière. *Aporia*, 13(2), 42–55. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i2.6019>
- Peternelj-Taylor C. (2008). Criminalization of the mentally ill. *Journal of Forensic Nursing*, 4(4), 185–187.
- Provencher, P. D. (2010). La judiciarisation des problèmes de santé mentale: Une réponse à la souffrance? *Le partenaire*, 19(1), 18-24.
- Risjord, M. (2009). Rethinking concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 684–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04903.x>
- Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03420.x>
- Rodgers, B. L., Jacelon, C. S. et Knaf, K. A. (2018). Concept analysis and the advance of nursing knowledge: State of the science. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 451–459. <https://doi.org/10.1111/jnu.12386>
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), 15–24. <https://doi.org/10.1177/0706743715620415>
- Sailas, E. et Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2000(2), CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Schneider, R. D. (2017). Mental health courts: Where might we go from here? Dans R. Roesch et A. N. Cook (Éd.), *Handbook of forensic mental health services* (pp. 566–586). Routledge.
- Söderberg, A., Wallinius, M., Munthe, C., Rask, M. et Hörberg, U. (2022). Patients' experiences of participation in high-security, forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(7), 683–692. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2033894>
- Statistique Canada. (2019). Les contrevenantes au Canada, 2017. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00001-fra.htm>
- Sugie, N. F. et Turney, K. (2017). Beyond incarceration: Criminal justice contact and mental health. *American Sociological Review*, 82(4), 719–743. <https://doi.org/10.1177/0003122417713188>
- Tarrant, P.-J. (2014). An exploration of the role of the court liaison nurse within the New Zealand criminal courts [Doctoral dissertation, Auckland University of Technology]. <https://openrepository.aut.ac.nz/handle/10292/7910>
- Turnbull, J. et Beese, J. (2000). Negotiating the boundaries: The experience of the mental health nurse at the interface with the criminal justice system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(4), 289–296. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00294.x>
- Tyerman, J., Patovirta, A. L. et Celestini, A. (2021). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>
- Valence, S. (2006). La psychiatrie légale: À la frontière de la justice et des soins de santé. *Porte Ouverte : Bulletin de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec*, 17(3), 5-9.

Van Hout, M. C., Kaima, R., Mhango, V., Kewley, S. et Mariniello, T. (2023). Judicialisation of the mentally ill and/or mentally incapacitated in the Malawi criminal justice system: Gaps and flaws of human rights protection. *Forensic Science International: Mind and Law*, 4, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2023.100121>

Walker, L. et Avant, K. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson.

Watts, J. et Weinrath, M. (2017). The Winnipeg Mental Health Court: Preliminary findings on program implementation and criminal justice outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(1), 67–82. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-005>

West, M. L., Yanos, P. T. et Mulay, A. L. (2014). Triple stigma of forensic psychiatric patients: Mental illness, race, and criminal history. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75–90. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.885471>

Wilson, J. (1963). *Thinking with concepts*. Cambridge University Press.

Wipond, R. (2023). *Your consent is not required: The rise in psychiatric detentions, forced treatment, and abusive guardianships*. BenBella Books.

Zetterberg, L., Sjöström, S. et Markström, U. (2014). The compliant court—Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543–550. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.027>

*Pour contacter les auteurs:*

*Etienne Paradis-Gagné, inf., PhD,  
Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal  
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine,  
Montréal, Québec  
H3T 1A8  
etienne.paradis-gagne@umontreal.ca*

*Jean-Laurent Domingue, inf. Ph.D.  
École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa*

*Manouel Argod, inf.  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal*