

APO^RRIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

Sommaire/Content

2019: Vol.11, Numéro 1/Vol.11, Issue 1

Éditorial/Editorial

5

16

28

41

ARTICLE 1

A TRUONG, G NAULT & K LAROSE-HÉBERT
PSYCHIATRISATION ET TRANSITION À L'ÂGE ADULTE :
LA PERSPECTIVE DES INTERVENANT-E-S

ARTICLE 2

E PARADIS-GAGNÉ & D HOLMES
VIOLENCE FAMILIALE, SANTÉ MENTALE ET JUSTICE :
UNE RECHERCHE QUALITATIVE SUR L'EXPÉRIENCE DES FAMILLES VIVANT
AVEC UN PROCHE PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

ARTICLE 3

E BERNHEIM
LE REFUS DE SOINS PSYCHIATRIQUE EST-IL POSSIBLE AU QUEBEC ?
INSTRUMENTALISATION DU DROIT ET MISSION THÉRAPEUTIQUE DE LA JUSTICE

ARTICLE 4

P PARISEAU-LEGAULT, MH GOULET, & AG CROCKER
UNE ANALYSE CRITIQUE DES EFFETS DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE
DE SOINS SUR LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE ENTRE
LA PERSONNE VISÉE ET SES SYSTÈMES DE SOUTIEN

Éditorial – Numéro spécial – Droit et santé mentale

Dans le cadre de ce numéro spécial d'Aporia, il est question d'explorer les écarts entre les dispositions légales, éthiques, politiques et professionnelles en matière de santé mentale et la manière dont elles sont mises en œuvre sur le terrain. Ce numéro spécial fait suite au Forum sur l'état des droits en santé mentale que j'ai eu le plaisir d'organiser en mai 2018 en collaboration avec l'organisme communautaire Droits-Accès de l'Outaouais (DAO). Le forum sur l'état des droits en santé mentale a été conçu dans le but premier de rassembler différents acteurs du système de santé ayant comme objectif commun de créer un dialogue sur la question des droits et de la santé mentale au Québec, et ailleurs, mais également contribuer à une réflexion critique sur les transformations nécessaires à un meilleur respect des droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En réunissant les experts du droit et de la santé mentale lors du forum, en constatant les transformations des services à la lumière des orientations ministérielles, en valorisant l'expérience usagère, nous cherchions à créer une plateforme pour transformer les pratiques actuelles. Ce genre d'échange cadre dans une optique de participation citoyenne qui est fondée sur la croyance que les gens, incluant ceux aux prises avec un problème de santé mentale, ont la capacité de reprendre pouvoir sur leurs vies et que les utilisateurs de services ainsi que les acteurs institutionnels, académiques et communautaires sont des agents de changements dans leurs milieux respectifs. Les actes de forum sont disponibles sur la plateforme de DAO au lien suivant : http://droitsaccés.com/wp-content/uploads/2019/04/Regards_critiques_et_nouvelles_pratiques_-_Actes_de_forum.pdf.

Les articles publiés dans ce numéro spécial d'APORIA sont intimement liés aux diverses thématiques abordées lors des conférences et ateliers du forum. S'inspirant, entre autres, d'approches théoriques critiques, les auteurs font état des processus qui accentuent les inégalités et les vulnérabilités, questionnant par le fait même les choix politiques qui réduisent la capacité, l'exercice et la reconnaissance des droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Ainsi, nous retrouvons dans ce numéro spécial une thématique à la fois unifiée, par son sujet d'étude, que diversifiée, au niveau des exemples empiriques abordés. De la violence perpétrée à l'endroit des membres de la famille par un proche souffrant d'un trouble mental

sévère (Paradis-Gagné et Holmes), à l'influence des trajectoires de soins sur la transition à la vie adulte des jeunes psychiatisé.e.s (Truong, Nault et Larose Hébert), à l'instrumentalisation du droit et de l'(im)possibilité du refus aux soins psychiatrique (Bernheim), et finalement, à une réflexion poussée sur les autorisations judiciaires de soins (Pariseault-Legault, Goulet et Croker), les auteurs font état des failles et dysfonctions des services en santé mentale dans un contexte de droits. Cette approche pluridisciplinaire nous permet, entre autres, d'identifier les éléments problématiques du système de santé nécessitant des transformations, tout en poussant à explorer la possibilité de pratiques alternatives dans le domaine de la psychiatrie.

Je souhaite remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour leur financement qui a permis d'offrir le forum gratuitement aux participants et la revue APORIA qui nous permet de prolonger les discussions sur la question des droits et de la santé mentale aux niveaux provincial, national et international.

Jean Daniel Jacob Inf., PhD
Professeur agrégé
Université d'Ottawa

Résumé

Comment les trajectoires de soins des jeunes qui sont psychiatisé-e-s influencent-elles leur transition à la vie adulte au Québec ? Les jeunes passent maintenant à l'âge adulte dans un contexte social et économique caractérisé par une croissance du travail non régulier et la transformation de la structure familiale. Nous argumentons que ce passage des soins pour enfants aux soins pour adultes vécu par certain-e-s, vulnérabilise cette population déjà marginalisée en exacerbant les défis qu'elles et ils vivent à travers cette transition. Notre analyse d'entretiens menés avec des intervenant-e-s qui travaillent avec ces jeunes montre que leurs trajectoires de soins exacerbent au moins en partie les défis auxquels elles et ils font face. C'est une réalité que nous observons notamment au niveau de leur accès au logement, de leur recherche d'emploi et de leur capacité à construire des projets étalés dans la durée. Nous discutons la façon dont ces expériences influencent la recherche de stabilité et la recherche d'autonomie propre à leurs parcours de vie.

Mots-clés jeunesse, parcours de vie, santé mentale, trajectoire de soins, transition à la vie adulte

Psychiatisation et transition à l'âge adulte : La perspective des intervenant-e-s

ALEXIS H TRUONG, GENEVIÈVE NAULT & KATHARINE LAROSE-HÉBERT

Introduction

La transformation des besoins des jeunes Québécois-es et des défis liés aux enjeux de santé mentale pour cette population est une question qui préoccupe plusieurs acteur-e-s dans cette communauté. Plusieurs initiatives visent d'ailleurs à accroître la sensibilité du public à cet égard et à nourrir les débats publics dans un contexte de transformations sociales et économiques plus larges au Québec. Un exemple d'une telle initiative est celui du Mouvement jeunes et santé mentale qui dénonce notamment la difficulté d'accès aux services, la

surmédicalisation des problèmes sociaux des jeunes et le besoin d'inclure davantage les jeunes dans l'élaboration de projets propres à des enjeux qui les concernent.[1]

Dans cet article, nous présentons les résultats d'une analyse sur la transformation des défis qui caractérisent l'expérience des jeunes adultes psychiatisé-e-s au Québec au moment de leur transition à la vie adulte à travers le témoignage d'intervenant-e-s qui travaillent avec cette population. Notre attention est portée sur le processus de psychiatisation et son effet sur la vie des jeunes, âgé-e-s entre 18 et 35 ans,[2] qui le subissent. Notre questionnement émerge de demandes formulées par des acteur-e-s dans la communauté et d'observations effectuées au cours d'un projet de recherche antérieur, mené par une des cochercheuses. Ce projet, qui portait sur les parcours de soins et l'expérience subjective des usagers de services de santé mentale au Québec, a permis d'identifier la particularité des difficultés d'insertion sociale vécues par les jeunes adultes psychiatisé-e-s et la pénurie des services sociaux et de santé leur étant destinés.[3] Une limite de cette étude est toutefois de ne pas avoir pu étudier

en profondeur la façon dont ces expériences se construisaient à travers les différents moments du parcours de vie des jeunes en question, dont le passage à la vie adulte.

Plusieurs chercheur-e-s s'entendent pour dire que le passage à la vie adulte est maintenant marqué par davantage d'incertitudes entre autres liées aux questions identitaires, à la recherche d'autonomie, aux responsabilités accrues et à l'employabilité.[4] Pour les jeunes faisant face à des problématiques de santé mentale, la période de transition à la vie adulte s'accompagne d'épreuves supplémentaires tels que le transfert à des services aux adultes peu adaptés à leurs réalités en mouvement, le diagnostic, la prise de médication et la gestion des effets secondaires leur étant associés et la surveillance institutionnelle.[5-9] Or, l'effet des trajectoires de soins propres à cette problématique sur le parcours de vie des jeunes au moment de leur passage à la vie adulte demeure peu étudié.

Comment la trajectoire de soins des jeunes psychiatisés affecte-t-elle les défis qu'elles et ils vivent et les besoins qu'elles et ils identifient au cours de leur transition à la vie adulte ? Voilà la question à laquelle nous tentons de répondre. Nous verrons comment la trajectoire de soins associée à la psychiatisation des jeunes constitue un facteur de risque et de vulnérabilisation supplémentaire au cours de la transition à la vie adulte qui amplifie encore à ce jour les défis normalement vécus par les jeunes au cours de cette période. Nous définissons les trajectoires de soins à partir de leurs dimensions objectives et subjectives,[10] se construisant à la fois par la suite des positions sociales que les jeunes concerné-e-s viennent à occuper quant à leurs enjeux en santé mentale mais aussi par la façon dont elles et ils mettent en mot cette expérience lors de leurs rencontres avec les intervenant-e-s que nous avons rencontré-e-s.

Les données que nous avons analysées proviennent d'entretiens menés en 2016 et 2017 avec sept intervenant-e-s œuvrant dans le domaine de la santé mentale au Québec. Nous avons choisi de travailler avec des intervenant-e-s pour répondre à notre question car ce sont elles et eux qui deviennent en quelque sorte le « pont » entre les pressions sociales et institutionnelles propres aux soins et la façon dont les jeunes concerné-e-s expriment comment elles et ils vivent ce processus. Cinq intervenant-e-s rencontré-e-s provenaient du milieu communautaire et deux travaillaient dans le milieu institutionnel dans les régions de Montréal et de l'Outaouais. Nous inspirant de l'approche des parcours de vie, nous présentons ici une typologie des besoins et des défis identifiés de manière inductive à travers notre analyse des entretiens.[11]

Jeunesse et transition à l'âge adulte

Qu'est-ce que la « jeunesse » et que signifie « devenir adulte » pour les jeunes, pour une société ? Une explication sociologique longtemps partagée a été que l'entrée dans la vie adulte pouvait être définie à partir de trois critères liés à des changements fondamentaux de statut : « le début de la vie professionnelle, le départ de la famille d'origine et le mariage ».[12] Or, depuis la fin des années 90, nombre de chercheur-e-s constatent un allongement de la période de jeunesse, lequel retarde du même coup l'inscription dans la vie adulte par rapport aux générations précédentes.[13] Les frontières délimitant l'âge de cette population légalement majeure mais ne possédant pas les attributs habituellement reconnus aux adultes[15] s'étalent et varient d'une recherche à l'autre.[16] Dans un rapport publié en 2007 sur le développement de politiques pour le Gouvernement du Canada, Gaudet précise que la jeunesse est difficile à définir puisque les limites pour passer de l'enfance à l'adolescence ou de l'adolescence à l'âge adulte se construisent à partir de nombreux facteurs, dont « les rites symboliques, les événements de vie, les lois, les normes et les rôles sociaux ».[17,18] À la fin de l'adolescence se rattache ainsi cette « nouvelle » étape de la vie, un phénomène qui a mené à la création de tout un vocabulaire pour désigner cette période transitoire aux caractéristiques particulières, dont l'« emerging adulthood »[19] et l'« adulescence »[20].

Tout comme l'adolescence, et quel que soit le nom utilisé pour la désigner, cette période qui marque l'entrée dans la vie adulte est maintenant elle aussi comprise comme une période critique du développement psychosocial des individus. À tout le moins, cette transition implique un investissement important dans la construction identitaire, la définition des projets de vie et la recherche d'autonomie. [21] Parmi les changements qui touchent la vie des jeunes, on compte notamment l'individuation par rapport à la famille, l'exploration de nouveaux intérêts et de nouveaux loisirs, le développement des habiletés, la découverte de l'intimité et de la sexualité, la formation et la consolidation des relations sociales, le choix de la carrière et le début d'un emploi ou des études supérieures.[22] C'est entre autres à travers l'étude de ces transformations que l'approche des parcours de vie a permis de mieux comprendre comment le contexte dans lequel les jeunes grandissent influence désormais leurs différentes trajectoires et leur expérience de ces moments critiques. Ces travaux nous ont dès lors aidé-e-s à reconnaître plus facilement les défis auxquels les jeunes font face dans leur parcours, compris comme de véritables enjeux de société.

Toutefois, l'étude des défis particuliers vécus par les

jeunes adultes psychiatrisé-e-s demeure une limite des recherches sur la transition à la vie adulte. Les études sur la transformation des parcours de vie se sont principalement intéressées aux trajectoires propres à l'éducation, la famille et l'accès au travail régulier. De plus, lorsque des facteurs de marginalisation sont considérés, l'attention a plutôt été portée vers des rapports sociaux de sexe et de genre, de classe ou liés à l'ethnicité.[23] En revanche, la particularité des besoins des jeunes adultes psychiatrisé-e-s et l'importance d'ajuster les services sociosanitaires (tels que le logement, la sécurité alimentaire, la santé, les loisirs et l'employabilité) à leurs besoins ont mainte fois été constatés dans le milieu de l'intervention et dans le milieu de la recherche. Il est ainsi surprenant qu'une telle problématique n'ait pas fait l'objet de recherches plus approfondies sur l'effet de ces expériences sur le parcours de vie des jeunes dit-e-s plus vulnérables.

Jeunes vulnérables et psychiatrisation

L'expérience du passage à la vie adulte se construit en rapport aux normes et aux scripts sociaux qui définissent, dans une société donnée, ce qu'est être un-e adulte et ce qu'est une vie réussie. Les défis que ce rapport aux normes soulève ne sont pas uniformément répartis et participent parfois à marginaliser et à exclure davantage certains groupes. L'individu contemporain doit notamment posséder certaines caractéristiques pour s'inscrire et être valorisé dans les sociétés occidentales : être autonome, responsable et faire preuve d'initiative.[24] Nombre d'études montrent aussi qu'il existe des enjeux particuliers vécus par les jeunes considérés « vulnérables » au moment de leur transition à la vie adulte.[25] Beaucoup d'attention est notamment portée aux difficultés rencontrées par les jeunes ayant des trajectoires impliquant les services de la protection de la jeunesse.[26-28]

Plusieurs enjeux liés à la santé mentale coïncident avec la période de transition à la vie adulte. Comme le soulignent Ouellette-Plamondon et coll., la majorité des enjeux de santé mentale débutent avant l'âge de 35 ans.[29] De façon concomitante, les jeunes psychiatrisé-e-s doivent souvent mettre en berne leurs projets scolaires, professionnels et interpersonnels pour centrer leur vie quotidienne sur le contrôle des symptômes et la gestion des effets secondaires.[30] Comme l'indique Parron, les troubles psychiques « perturbent [...] le cadre et les étapes habituels du passage à l'âge adulte ».[31] Ce phénomène va donc à l'encontre de l'expérience des autres jeunes de leur âge et des normes véhiculées par la société,[32] les plaçant malgré eux dans une position de déviance.

Déjà en 1988, Gagné et Poirier signalaient que la

psychiatisation des jeunes entraînait le risque de compliquer leur insertion dans la vie active.[33] Comme Fleury et Grenier[34] le constatent, « [l]es troubles psychiques en-travent spécialement la transition des jeunes à l'âge adulte, puisqu'ils nuisent à l'accès aux études et au marché du travail ainsi qu'aux possibilités d'établir des relations sociales et intimes enrichissantes ». C'est au cours de la transition à la vie adulte que les jeunes actualisent la place qu'elles et ils souhaitent occuper dans la société en investissant divers espaces sociaux tels que la famille et le monde professionnel.[35] Or, les jeunes psychiatrisé-e-s sont souvent contraint-e-s d'investir des relations accroissant la dépendance. La nature de la psychiatrisation augmente souvent leur dépendance à l'institution, à la médication et à la relation thérapeutique avec le personnel soignant. Ces défis, liés au fait de vivre avec un diagnostic psychiatrique, amplifieraient ainsi les exigences qui découlent des transformations sociales et économiques plus larges et qui pèsent sur les jeunes en général.

Ces problèmes ne sont pas nouveaux. Dès 1982, Beau identifiait déjà la problématique du manque de services adaptés et dénonçait le manque d'études sur l'offre de services destinés aux jeunes adultes psychiatrisé-e-s.[36] Selon lui, ces jeunes se retrouvaient dans une structure destinée aux adultes plus âgés et souvent incompatibles avec les besoins particuliers des jeunes. En 1988, Gagné et Poirier relevaient aussi le caractère problématique des pratiques d'insertion sociale destinées aux jeunes psychiatrisé-e-s, exhortant les milieux à créer des services d'interventions alternatives.[37] En 1996, Leclerc considérait que le syndrome de la « porte tournante » était un des signes que le soutien professionnel offert aux jeunes était inadéquat.[38] Plus récemment, Ouellette-Plamondon et coll. soulignent l'absence de services appropriés pour les jeunes, notamment au niveau du soutien quant à la détresse et l'effet de ces enjeux sur leur construction identitaire, leurs projets de vie et leurs relations interpersonnelles.[39]

De façon plus large, plusieurs instances gouvernementales insistent désormais sur la nécessité d'agir auprès de cette population. Selon les stratégies ontarienne et canadienne en santé mentale,[40,41] une des priorités actuelles est la transition des services pour enfants et adolescents vers les services aux adultes. Du côté du Québec, les Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 identifiaient aussi la planification de la transition des services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes comme un des objectifs prioritaires du Ministère de la Santé et des services sociaux, réitéré dans le PASM 2015-2020.[42,43] L'idée qu'il faudrait développer une offre de services favorisant une continuité

de soins pour cette population socialement vulnérabilisée semble donc faire consensus relatif, même si elle ne semble pas encore avoir été mise en pratique.

En tant que point tournant dans la trajectoire de soins, le passage des services psychiatriques pour les enfants et les adolescent-e-s à ceux offerts aux adultes est souvent difficile et marqué de ruptures dans l'ensemble des services.[44] Plusieurs auteur-e-s signalent que le manque d'intégration des services et leur incapacité à prendre en charge cette transition est problématique.[45-47] Bien que le taux d'accès aux services diminue généralement lorsque les jeunes atteignent l'âge de la majorité, cette diminution ne peut pas être expliquée uniquement par un affaiblissement de la demande pour ces services.[48] Une transition difficile entre les services de santé mentale pour jeunes et ceux pour adultes mène aussi souvent à l'abandon de service.[49] Plusieurs auteurs renchérissent que les services destinés aux adultes ne sont tout simplement pas adaptés aux besoins des jeunes adultes et sont donc inefficaces pour ces derniers.[50,51] Ces services pour adultes ne répondraient pas aux intérêts des jeunes, ne leur offriraient ni le soutien nécessaire à cette étape de leur parcours, ni la possibilité d'interagir avec des pairs du même âge et agirait souvent comme un accompagnement insuffisant ou trop encadrant.[52] Or, comme l'indique Gaudet, « [l]a période de semi-autonomie qui caractérise les jeunes adultes fragilise particulièrement ceux qui n'ont pas de réseau de soutien [adéquat] ».[53]

La quête de stabilité

Selon les intervenant-e-s que nous avons rencontré-e-s, la recherche de stabilité est complexifiée pour les jeunes psychiatisé-e-s par le désir ou la pression qu'elles et ils ressentent à « gérer » leur santé mentale. Le défi que représente ce travail sur soi est notamment amplifié par le fait qu'il passe plus souvent qu'autrement par l'obtention de services de santé mentale et sociaux qui sont eux-mêmes difficiles à naviguer. Nous identifions ainsi trois façons dont l'accès problématique aux soins mine invariablement la capacité des jeunes adultes psychiatisé-e-s à « stabiliser » leurs situations de vie à travers leur trajectoire de soins, trajectoire qui entraîne et désorganise parfois à son tour les autres trajectoires socioéconomiques à travers lesquelles ces jeunes naviguent.

Premièrement, comme l'explique un de nos répondants, l'accès aux services spécialisés au Québec passe nécessairement par la référence, souvent conditionnelle à l'accès à un médecin de famille qui « ouvre des portes » dans un contexte institutionnel où l'accès aux médecins de famille demeure très difficile. « Être sur une liste d'attente » devient une histoire commune dans un système où tout est centralisé. Certain-e-s intervenant-e-s expliquent qu'« il n'y a plus de contact humain », créant une situation « déshumanisante »

pour les jeunes qui cherchent des services. L'état des services de santé et sociaux est d'autant plus alarmant pour les jeunes qui ont eu leur premier épisode de crise avant l'âge de la majorité, puisqu'il existe une coupure de service pour jeunes à l'âge de 18 ans. Or, aucun mécanisme réel n'est mis en place pour assurer cette transition des services pour jeunes à ceux destinés aux adultes. Comme une de nos répondantes l'explique, le transfert n'implique pas nécessairement de suivi et ne se fait pas automatiquement lors de la transition, et c'est la personne ou ses proches qui doivent « prendre en charge » cette importante étape de la trajectoire de soins. Ceci devient souvent une expérience « anxiogène » pour ces jeunes et leur famille et qui se compile aux autres défis qu'elles et ils affrontent. Un répondant explique ainsi que la personne doit de fait fonctionner sans soutien réel jusqu'à sa prochaine difficulté. Selon lui, il est impératif de créer des espaces où les jeunes pourraient présenter plusieurs demandes, sans être référés « à gauche et à droite », où il y aurait un soutien et un accompagnement pendant le référencement.

Plus largement, du point de vue des intervenant-e-s à qui nous avons parlé, le manque de ressources financières et de ressources humaines exacerbe ce problème d'accès aux services en atrophiant la quantité, la diversité et la qualité des services. Les services propres à la prévention des crises sont mis de côtés pour se concentrer sur les situations d'urgence comme celles liées à l'hospitalisation et à la garde en établissement. Un intervenant explique que :

On voit souvent que les gens crient, crient, crient à l'aide, mais les soins arrivent quand y'est trop tard, quand c'est la crise, crise suicidaire, homicide. Là on judiciaire. Tout ce processus-là. Arrive à l'hôpital, bon y'a la garde en établissement, toutes les conséquences qui déboulent.

Pour les personnes qui vivent leurs premiers épisodes de crise, ceci signifie aussi que les ressources sont investies dans l'évaluation et non pas dans les suivis qui se raréfient. Or, les interventions préventives ou tôt dans la trajectoire de soins ont un effet positif à long terme et aident parfois à prévenir de nouvelles hospitalisations. Malgré les objectifs en santé mentale définis dans le plan stratégique du Ministère de la Santé et des services sociaux, force est toutefois de constater que le système actuel finit souvent par offrir des soins lorsque les situations deviennent « urgentes » ou dans des situations de crise, et ce au détriment des patient-e-s.

Un tel état de choses contribue non seulement à marginaliser mais aussi à vulnérabiliser les jeunes adultes psychiatisé-e-s à travers une trajectoire de soins qui devient parfois pour elles et eux une épreuve vécue en marge des services promis. Au Québec, le fonctionnement « par épisode » des traitements complexifie aussi l'accès véritable aux soins car la nature parfois imprévisible des rechutes se conjugue mal à cette approche non continue qui ne tient pas compte ni de l'évolution

de la situation de vie de ces jeunes ni de leur développement au cours de cette période cruciale qu'est le passage à la vie adulte. Comme une intervenante rencontrée l'indique : « C'est très laborieux comme cheminement pour avoir accès aux soins d'autant plus qu'ils sont discontinus, insuffisants... en tout cas, ça marche pas ! » Une autre personne ajoute que ce sont d'ailleurs « ces services épisodiques » qui font en sorte que les suivis sont « toujours à recommencer et que les personnes ne se sentent pas aidées. » Ainsi, sachant que la transition à la vie adulte est réputée amener son lot de défis – notamment au niveau de l'insertion sociale et de la sécurité économique –, il semblerait judicieux de considérer comment ces facteurs de précarisation sociale et économique participent à fragiliser la situation de vie de ces jeunes adultes qui affrontent des enjeux en santé mentale.

Deuxièmement, la rigidité des mandats et l'organisation des programmes autour de clientèles cibles ont parfois l'effet pervers de restreindre l'accès aux soins, en particulier dans le réseau public. Certain-e-s intervenant-e-s expriment ainsi souvent entendre des explications comme : « désolé, elle [n'est pas éligible], on ne peut pas l'aider. » Une autre intervenante exprime :

On est dans ce régime-là très, très rigide de s'en tenir à notre mandat respectif et à travers les trois lignes, première, deuxième, troisième ligne c'est tout le temps de même. Fait que les services se lancent la balle. Ah non c'est pas à nous de faire ça, va voir tel autre service. Ah non c'est pas à nous non plus, va voir l'autre service. Fait que là le jeune ou sa famille se retrouve tout seul puis ne savent plus où se tourner parce que tout le monde leur ferme la porte.

Un intervenant soulève que ce type d'enjeu est moins prononcé dans le milieu communautaire, qu'il dit être plus « à l'affût de besoins émergents ». La situation est toutefois compliquée par le manque de communication et de coordination entre les différents services de santé et services sociaux, qu'ils soient de première, deuxième ou troisième ligne. Une intervenante ajoute que :

C'est la défaillance des services. C'est la défaillance de l'organisation des soins. La défaillance de, mon dieu comment j'peux dire ça? Y'a pas d'arrimage. Ça travaille en silo. Chacun fait son affaire à sa façon sans consulter les autres. [...] J'finis juste par mettre un plaster sur le bobo.

Même lorsque les jeunes parviennent à accéder à des services, ces services se conjuguent souvent mal à la diversité des besoins exprimés par les jeunes adultes, à la complexité des situations qu'elles et ils vivent et à la dimension continue de leur trajectoire de soins. Ces jeunes sont ainsi appelé-e-s à faire concorder leurs expériences individuelles complexes avec la « grille officielle », ce qui ne leur garantit pas pour

autant des services ajustés à leurs besoins. De façon large, les services destinés aux adultes ne sont pas toujours bien ajustés aux besoins des jeunes. Plusieurs trouvent ainsi que « le milieu est pas fait pour eux ».

Finalement, nos répondant-e-s dénoncent ce qu'elles et ils voient comme un besoin d'intégrer les jeunes dans les prises de décision quant à leurs soins. De façon large, le système de soins est perçu comme ayant une interprétation « très rigide » de la loi sur la confidentialité, ce qui limite la consultation des familles et les mettent à l'écart – bien que ce soit souvent sur elles et eux que repose le travail de pallier les lacunes du système. Un intervenant exprime : « On informe très peu les gens des services qui sont disponibles et comment ils fonctionnent. Les personnes n'ont pas le vocabulaire du système, on doit leur montrer quels mots utiliser pour nommer leurs difficultés afin d'obtenir des services. » Or, ce n'est pas seulement un manque d'information. On voit parfois les contours d'une culture qui ne définit pas ces jeunes comme des acteur-e-s légitimes dans leur traitement ou comme étant en droit de signifier leurs besoins ou leurs désirs quant au traitement – en particulier lorsque ces positions entrent en conflit avec les discours médicaux dominants quant aux traitements jugés favorables. Ainsi, une intervenante exprime :

On ne les tient pas trop au courant de leurs droits pis ça c'est volontaire. On leur dit pas trop de choses. On les tient dans l'ignorance. Moi ça me choque. Nos jeunes qui sont en garde en établissement ben au lieu de leur faire part de tous leurs droits, de leur expliquer de façon très éclairée ce qui en est, on leur dit pas. Même qu'un moment donné [un-e membre des équipes de soins] est allé-e chercher un dépliant et a remis ça au jeune, qui a tout expliqué : t'as le droit de contester, t'as le droit de ci, ça, ça pis [cette personne] s'est fait pointer du doigt par toute l'équipe [...] Pis voyons t'es qui toi pour aller lui dire ça, t'es à contre-courant avec ce que l'équipe a décidé, blah, blah, blah. Quand en fin de compte [cette personne-là] tout ce qu'[elle] voulait faire c'est juste faire part des droits du jeune par rapport à la situation qu'il vivait, par rapport à sa garde en établissement.

La psychiatrisation n'est pas qu'un simple stigmaté : ce processus rend parfois les jeunes « otages » de leur trajectoire de soins en imposant des façons de prendre soin de soi comme plus légitimes et plus valorisées que d'autres, lesquelles deviennent étiquetées comme problématiques par certain-e-s professionnel-le-s, par la société. De plus, il arrive parfois que certain-e-s professionnel-le-s de la santé aient aussi leurs propres préjugés envers la santé mentale ou qu'elles et ils doivent négocier des tensions au sein de leur équipe de travail – réalités susceptibles d'avoir des conséquences négatives pour les jeunes concerné-e-s.

La quête d'autonomie

La seconde catégorie de besoins qui émerge de notre analyse des entretiens avec les intervenant-e-s est celle de la recherche d'autonomie qu'éprouvent les jeunes avec qui ces intervenant-e-s travaillent. Ce désir d'autonomie est une question qui – comme la recherche de stabilité – concerne les jeunes adultes dans leur ensemble.[54] Certain-e-s auteur-e-s identifient d'ailleurs la volonté des jeunes adultes de gérer par eux-mêmes leurs difficultés comme une « barrière » quant à la recherche d'aide en santé mentale.[55] Il faut ainsi reconnaître qu'apprendre à identifier les difficultés en émergence pour savoir quand demander de l'aide et comment l'obtenir est un défi important pour les jeunes adultes en général, ici amplifié pour celles et ceux qui sont psychiatrisé-e-s :

Ces jeunes sont soumis à développer une forme de maturité, on pourrait dire, précoce. Découvrir sa vulnérabilité, savoir ce qui nous pose des difficultés, reconnaître chez soi c'est quoi, par exemple, les défis principaux. Ça, ça en est un défi pour les jeunes j'trouve parce que je disais tantôt, ils explorent souvent leurs demandes d'aide [...] C'est-à-dire qu'un moment donné faut avoir la maturité de reconnaître que c'est des cycles, que ça va probablement revenir pis qu'il faut se pencher sur ça, pas juste sur l'anxiété [...] prendre soin de soi, d'une certaine manière.

Largement, « être autonome » fait partie de la norme sociale qui définit les façons d'« être adulte. » Pour ces jeunes, la recherche d'autonomie est donc compliquée par l'expérience de psychiatrisation car elle fait entrer en conflit le désir d'être autonome, présenté comme un trait valorisé, avec le besoin de support et d'aide qui découle souvent des enjeux en santé mentale. Or, de façon plus large, l'image du « bon patient » est souvent interprétée comme celle de la docilité.[56] C'est dans ce contexte d'apprentissage quant à l'« exploration de la demande d'aide » que se compile les enjeux liés à la recherche d'autonomie lors du passage à l'âge adulte, c'est-à-dire la décision ou l'obligation de quitter le logement familial, l'accès au logement et la recherche de ressources financières pour devenir autonome financièrement.

Les intervenant-e-s avec qui nous avons parlé soulignent les enjeux entourant la vie dans la maison familiale et le départ de la maison parentale. Le départ de la maison parentale est généralement interprété par les jeunes adultes comme la source d'une plus grande indépendance, mais elle est souvent accompagnée de la perte de soutien social et économique identifié comme significatif chez plusieurs. Une répondante rappelle ainsi que :

Même ceux qui sont pas en difficulté, combien de jeunes à la trentaine, peut-être même après un doctorat, qui viennent revivre chez les parents parce

que ben c'est ça, c'est toute la composition sociale, avant de se trouver un emploi, les logements sont terriblement coûteux. La plupart peuvent pas vivre seul en appartement, la plupart vivent en colocation. Pis là on parle même pas de problèmes de santé mentale là-dedans.

Ceci est encore plus marqué chez les jeunes adultes psychiatrisé-e-s qui dépendent du soutien de leur famille, particulièrement quand les services publics ne parviennent pas à remplir leurs besoins. Effectivement, ces soins peuvent demander beaucoup de temps, d'énergie et de ressources financières. Plusieurs répondant-e-s soulèvent ainsi l'importance d'offrir du soutien aux familles ou aux personnes significatives qui interviennent dans la vie de ces jeunes, notamment pour offrir des périodes de répit.

Comme les intervenant-e-s l'indiquent, certaines familles choisissent aussi parfois d'encourager leurs enfants devenu-e-s adolescent-e-s ou jeunes adultes à quitter la maison familiale. Dans certaines situations, des recours judiciaires sont utilisés pour y parvenir. Comme l'indique une intervenante :

Les familles savent plus qui appeler, vers qui se tourner. Ils n'ont pas les services, ils savent pas qui appeler en situation d'urgence pis leur enfant est en train de tout briser dans la maison, de péter les murs fait qu'eux sont démunis, ils savent pas quoi faire, fait que leur dernier recours ben c'est d'appeler la police. Quand ils nous racontent ça, ils se sentent tellement mal. Ils sentent tellement de culpabilité. Ils se jugent, là on est des mauvais parents, on n'a pas été capable de gérer ça.

Bien que ceci peut aussi être la réalité de nombre de jeunes adultes en général, force est de constater une différence quant aux besoins des jeunes adultes psychiatrisé-e-s pour les aider à faire face aux enjeux qu'elles et ils vivent en santé mentale. De plus, dans ces situations où les jeunes doivent se trouver un nouveau logement, les intervenant-e-s rencontré-e-s expriment que l'accès à un logement devient un défi important pour plusieurs. D'un côté, certain-e-s jeunes vivent de la stigmatisation. De l'autre, un logement autonome n'est pas toujours une réelle option pour certain-e-s. Plusieurs répondant-e-s revendiquent ainsi plus de logements supervisés où les jeunes adultes psychiatrisé-e-s pourraient développer leur autonomie tout en recevant différentes formes de soutien.

Un dernier obstacle que nous désirons mentionner au niveau de l'obtention d'un logement autonome et qui a été discuté par les intervenant-e-s concerne l'indépendance financière. Au Québec, les jeunes adultes qui habitent chez leurs parents et qui n'ont pas de revenus ne sont pas éligibles pour

l'assistance sociale puisqu'ils habitent chez leurs parents. En revanche, elles et ils ont besoin d'un revenu pour obtenir un logement. C'est un cercle vicieux qui les vulnérabilise. Une intervenante explique ainsi que :

Un jeune qui reste encore chez ses parents, ça peut être difficile pour lui dans les premières démarches pour obtenir de l'aide sociale, pension d'invalidité ou quoique ce soit, c'est très, très, très laborieux pour les parents et ces personnes-là. Il y a beaucoup de barrières bureaucratiques.

De façon concomitante, l'entrée sur le marché du travail ou le retour au travail dans une perspective de réinsertion peut signifier la perte de l'assistance sociale qui engendre aussi une perte de stabilité et d'autonomie financière. Si trouver du travail régulier est un défi pour tous les jeunes adultes en général, les obstacles se compilent pour les jeunes qui sont psychiatrisé-e-s, notamment en raison du diagnostic, de la stigmatisation vécue, de la judiciarisation qu'elles et ils vivent parfois et des défis propres à une scolarisation parfois précarisée par les premiers épisodes de crise en jeune âge. Ces enjeux doivent être considérés, même s'ils ne sont pas nécessairement rendus immédiatement visibles ou encore sérieusement considérés par tou-te-s les acteur-e-s impliqué-e-s lorsque les jeunes se retrouvent en situation de crise ou d'urgence.

Quête de futur

Dans cette recherche de stabilité et d'autonomie, ce qui dévie de la norme ou qui diffère simplement de cette conception large d'une vie réussie dans l'imaginaire collectif devient un problème à régler. Un intervenant précise que c'est une pression avec laquelle vivent beaucoup de jeunes qui passent à la vie adulte :

Tout le monde dans cette période transitoire, nécessairement, vivent des difficultés. Que ce soit une crise identitaire ou que ce soit une crise d'adolescence, comme on pourrait dire. Et à travers cette période-là, il y a des échecs ou il y a des deuils, des relations qui se forment, qui se déforment, etc., etc. L'expérience avec le monde professionnel, avec l'amour, le sexe, et cetera, et cetera. Pis toutes les expériences négatives, qui sont selon moi, des apprentissages normaux, sont considérés comme des pathologies.

Plusieurs vivent des défis et des difficultés, mais la psychiatrisation comporte aussi ses propres défis, dont nous devons être critiques, et qui peuvent certes influencer de façon parfois négative le parcours des jeunes qui vivent avec des enjeux en santé mentale.

Selon plusieurs des intervenant-e-s rencontré-e-s, la psychiatrisation vient mettre la vie des jeunes avec qui elles et ils travaillent sur « pause », un « frein » qui les force

souvent à abandonner leurs projets de vie à moyen et long terme ou encore à repousser ces projets à plus tard. La psychiatrisation, c'est aussi un « détour ». Or, comme l'indique cette intervenante, les premières expériences sont souvent vécues comme un choc, une expérience violente « assénée » par le système de soins :

Les structures qui sont réputées être bonnes, ou nous protéger, comme l'hôpital, t'es supposé aller te faire soigner. Pis là t'arrives, ils t'enferment contre ton gré, ils te piquent dans la fesse avec des cochonneries que tu ne sais pas c'est quoi pis là tu perds ta job, tu perds ton logement, tu perds ta blonde, t'es plus assurable. Fait que t'es entré là pour te faire aider... je suis assez péjoratif par rapport au réseau de la santé parce que moi, je m'inspire de ce que les gens disent.

Le retour à la famille, aux études ou au travail peut ainsi être marqué par de nombreux défis, dont une stigmatisation quant aux enjeux en santé mentale qui persistent toujours. Une intervenante exprime que plusieurs jeunes adultes avec qui elle travaille lui parlent de devoir « gérer les questions et les regards des autres ». Pour d'autres, c'est tout simplement passer en mode « survie ».

Ces intervenant-e-s nous disent aussi que l'expérience des jeunes qu'elles et ils rencontrent se construit dans un rapport au passé qui est parfois vécu comme un « deuil », et où les attentes face au futur doivent être « négociées » :

Des fois c'est pas tant les gens qui parlent de leurs perspectives à long terme, c'est plus qu'ils reflètent le deuil de leur ancienne vie. C'est, avant qu'il m'arrive ça j'étais dont comme ça, j'étais capable de faire ci, j'étais capable de faire ça. Maintenant je suis comme ça. [...] C'est un deuil. C'est comme si leur maladie ou l'abus, l'injustice qui est arrivé c'est hors de leur contrôle ce qui fait que toute leur vie est chamboulée à cause de ça. [...] Oui les gens aspirent à retourner là, mais [avec] le rétablissement souvent t'arrives pas au même point qu'avant.

Comme l'explique cet intervenant, les attentes des jeunes ne sont pas toujours compatibles avec leur nouvelle réalité, la façon dont les soins sont organisés ou encore la façon dont leur trajectoire de soins se développera au cours des années à venir. Il y a « rêve de guérison » et ceci est une source de motivation qui donne aux jeunes « une raison de se lever le matin », mais il reste que plusieurs d'entre elles et eux devront vraisemblablement vivre avec ces enjeux pour la durée de leur vie.

De plus, les rêves et les aspirations des jeunes sont aussi influencés par ce qu'elles et ils viennent à définir comme « la norme ». Un autre intervenant explique ainsi que :

[Ces jeunes adultes] se mesurent surtout par des rôles institués : être un père, être un travailleur, être une mère, avoir un emploi, avoir une maison. C'est là que

le normatif entre en ligne. Les gens sont beaucoup en dialogue avec des rôles préconstitués et de l'extérieur, qui peuvent avoir l'air un petit peu, pas futiles, mais désincarnés.

Or, cette projection dans le futur rend invisible les difficultés que cachent ces rôles, en particulier dans le contexte social et économique actuel. Les jeunes regardent leurs pairs, se comparent à elles et eux et veulent suivre les mêmes étapes. Or, comme l'explique ce même intervenant :

Souvent il faut venir défaire, j'ai l'impression certains trucs de manière toute délicate. De la même manière que de l'extérieur, ils ont l'impression que leurs amis ont des trajectoires linéaires alors que quand on est dans la norme, quand on est un étudiant je veux dire, il n'y a rien de linéaire. Oui il peut y en avoir, mais donc souvent c'est des jugements qu'on pose de l'extérieur donc eux y se comparent à ce qu'ils voient de l'extérieur et ont l'impression d'être tout à fait en décalage. [...] C'est très bien, mais la manière qu'ils en parlent, c'est justement un peu romancé. C'est comme si aussi ils allaient arrêter de vivre des difficultés.

Ainsi, pour cet intervenant, le travail d'intervention est aussi d'aider ces jeunes à faire coexister les rêves et les difficultés : « les deux sont là, même probablement que les deux vont toujours être là. Pis même pour une personne qui vit pas particulièrement de problèmes sévères de santé mentale, il y a des périodes de vie très difficiles. »

Ceci ouvre la question complexe de définir pour soi et pour autrui ce qui constitue un projet de vie « légitime » ou « valorisable ». À cet effet, un autre intervenant insiste sur le fait que le projet de vie doit refléter les intérêts de la personne et qu'il faut valoriser tout projet de vie, même lorsqu'ils ne sont pas « traditionnels » ou qu'ils dévient de la norme. Un intervenant précise qu'un projet de vie peut être une question de développement de soi ou encore la simple décision d'explorer un intérêt personnel :

Un projet de vie, c'est leur rêve, très important. Oui l'emploi c'est important, oui la médication c'est important, oui pas avoir de consommation de drogue c'est important, mais dépendant la personne, ce qu'elle veut, si la personne veut apprendre la musique ou a un intérêt au niveau de l'art pis elle veut se créer un murale ou avoir un projet au niveau de l'artisanat, au niveau des jeux vidéo, au niveau de leurs intérêts, ben ça peut être un projet de vie juste comme ça. [...] C'est selon leurs intérêts et leurs rêves.

Le projet de vie est donc important au rétablissement, ou du moins à la construction du sens que prend la vie, une vie où la trajectoire de soins occupe à certains moments une place centrale. Force est toutefois de constater que de définir et de réaliser « son projet de vie » est de plus en plus imaginé comme la responsabilité des individus qui doivent « jongler »

avec les imprévus de la vie. Or, les jeunes psychiatrisé-e-s sont souvent plus vulnérables quant aux transformations sociales et économiques à plus grande échelle et qui, au cours des dernières décennies, sont venues amplifier la précarité des groupes plus vulnérables, dont les personnes vivant avec des enjeux en santé mentale et les jeunes adultes de façon plus large.

Conclusion

La majorité des recherches sur la transition à la vie adulte chez les jeunes vivant avec un problème de santé mentale s'intéresse aux difficultés de transition chez les jeunes, sous la responsabilité de la Direction de la protection de la jeunesse ou autres formes d'institutionnalisation, ou cible exclusivement la première psychose. La question du passage à la vie adulte chez les jeunes personnes psychiatrisées et l'offre de services adaptés pour cette population a fait l'objet de peu d'études scientifiques. Encore aujourd'hui, peu d'avancées ont été constatées malgré que les services aux jeunes adultes vivant une problématique de santé mentale soient annoncés comme une priorité par de nombreuses instances politiques. L'expérience de cette population doit être mieux comprise puisqu'elle constitue un groupe particulièrement vulnérable pour lequel les services sont peu ajustés. Notre recherche cherchait ainsi à contextualiser une problématique peu documentée qui affecte plusieurs jeunes adultes psychiatrisé-e-s et qui a des répercussions sur la qualité de vie de plusieurs.

Une transition à la vie adulte, marquée d'épreuves particulières, mène souvent les jeunes psychiatrisé-e-s à une dépendance sur les institutions, la médication et les intervenant-e-s. Cela mine leur insertion sociale en posant obstacle à des projets de vie dits « conformes » aux normes sociales généralement partagées comme le succès dans les études, l'accès à un emploi valorisé ou des relations interpersonnelles stables et satisfaisantes. Ceci contribue à la marginalisation de cette population d'individus. Il paraît donc d'une grande pertinence de développer des services spécifiques pouvant soutenir et accompagner les jeunes adultes psychiatrisé-e-s dans le développement de leur identité et de compétences nécessaires à leur intégration au monde adulte - tout en tenant compte de leurs enjeux et besoins particuliers.

Considérant leur rôle pivot, les intervenant-e-s des services sociaux et de santé semblent être dans une position privilégiée pour revendiquer des services continus, intégrés et adaptés aux besoins des jeunes adultes psychiatrisé-e-s. À l'instar de la littérature et des intervenant-e-s avec qui nous nous sommes entretenu-e-s, il semble également d'une

importance capitale d'inclure les jeunes adultes psychiatisés dans l'élaboration de tels services afin que ces services reflètent leurs besoins et répondent réellement aux défis qu'elles et ils rencontrent. Une piste de recherche future serait ainsi de mener des entretiens directement avec des jeunes de cette population pour mieux comprendre leur perspective et comment ces enjeux s'articulent dans leurs récits.

En explorant la particularité des difficultés d'insertion sociale vécues par les jeunes psychiatisés et leur expérience avec l'organisation des soins, cet article a tenté de comprendre certains des besoins identifiés par des intervenant-e-s des milieux communautaire et institutionnel pour mieux soutenir les jeunes avec qui elles et ils travaillent et les accompagner dans cette période transitoire marquée d'épreuves contribuant à leur marginalisation. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour proposer et évaluer de nouveaux outils et services mieux ajustés aux jeunes, comme l'utilisation des médias sociaux aux fins d'intervention. Le milieu communautaire regorge de telles initiatives, trop souvent étouffées par un manque de ressources.

Références

1. Mouvement jeunes et santé mentale. Déclaration commune [En ligne]. 2017. [consulté le 19 septembre 2018] Disponible : <http://mouvementjeunessm.com/revendications-actions>.
2. Leclerc C. Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*. 1996 ; 212 : 53-72.
3. Larose-Hébert K. Quand les mots se heurtent aux maux : Portait d'un discours morcelé. Étude de l'expérience subjective des personnes utilisatrices des services de santé mentale au Québec [Thèse]. Ottawa (ON) : Université d'Ottawa ; 2016.
4. Voir entre autres : Bidart C. (dir.) Devenir adulte aujourd'hui. Perspectives internationales. Paris : L'Harmattan ; 2006 ; Gaudet S. La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte. 2001 ; 46 : 71-83.
5. Davis M et Sondheimer D. State Child Mental Health Efforts to Support Youth in Transition to Adulthood. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2005; 32(1) 27-42.
6. Davis M. Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood. *Administrative and Policy in Mental Health*. 2003; 30(6) : 495-509.
7. Davidson S et Cappelli M. We've Got Growing Up To Do: Transitioning Youth From Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services. [En ligne]. Ontario Center of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2011. Disponible: http://www.excellenceforchildandadulthood.ca/sites/default/files/resource/policy_growing_up_to_do.pdf.
8. Veilleux C et Molgat M. Que signifie être jeune adulte aujourd'hui ? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflets*. 2010 ; 16(1) : 152-79.
9. Gagné J et Poirier M. Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés. La réinsertion sociale. 1988; 13(1) : 132-43.
10. Dubar C. Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés Contemporaines*. 1998 ; 29 : 73-85.
11. Cette recherche a été approuvée par le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa.
12. Gallant O. *Sociologie de la jeunesse*. Paris : Armand-Colin ; 2017.
13. Gaudet S. L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion. [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada : Projet de recherche sur les politiques ; 2007 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: http://horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/dp_youth_gaudet_200712_f.pdf.
14. Turcotte ME, Bellot C. Vers une meilleure compréhension de la contribution des services sociaux à l'insertion sociale de jeunes adultes en difficulté. *Société et jeunesse en difficulté*. 2009 ; 8.
15. Moriau J. Sois autonome ! Les paradoxes des politiques publiques à destination des jeunes adultes en difficulté. Dans : Goyette M, Pontbriand A, Bellot C. *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2011.
16. Gauthier M. L'âge des jeunes : un fait social instable. *Lien social et politique*. 2000 ; 43 : 23-33.
17. Gaudet S. L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion. [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada : Projet de recherche sur les politiques ; 2007 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: http://horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/dp_youth_gaudet_200712_f.pdf.
18. Elder GH, Kirkpatrick Johnson M, Crosnoe R. The Emergence and Development of Life Course Theory. Dans: Mortimer J et Shanahan MJ. *Handbook of the Life Course*. s.l :

Springer ; 2005.

19.Arnett JJ. Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the twenties. *American Psychologist*. 2000 ; 55(5) : 469-80.

20.Anatrella T. Interminables adolescences. Les 12-30 ans. s.l. : Éditions du Cerf ; 1988.

21.Gaudet S. L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion. [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada : Projet de recherche sur les politiques ; 2007 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: http://horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/dp_youth_gaudet_200712_f.pdf.

22.Ouellet-Plamondon C, Dubreucq S, Bérard M, Daneault JG, L'Heureux S, Olivier D et coll. L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde. *Le Partenaire*. 2012 ; 21(1) : 4.

23.Mortimer J et Shanahan MJ. *Handbook of the Life Course*. s.l. : Springer ; 2005.

24.Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob ; 2000.

25.Turcotte ME, Bellot C. Vers une meilleure compréhension de la contribution des services sociaux à l'insertion sociale de jeunes adultes en difficulté. *Société et jeunesse en difficulté*. 2009 ; 8 ; Osgood DW, Foster EM, Courtney ME. *Vulnerable Populations and the Transition to Adulthood. The Future of Children*. 2010 ; 20 : 1.

26.Avery RJ, Freundlich M. You're All Grown Up Now: Termination of Foster Care Support at Age 18. *Journal of Adolescence*. 2009; 32(2) : 247-57.

27.Collin ME, Spencer R, Rolanda W. Supporting Youth in the Transition from Foster Care: Formal and Informal Connections. *Child Welfare*. 2010 ; 89(1) : 125-43 ; Cunningham MJ, Diversi M. Aging Out: Youth's Perspective on Foster Care and the Transition to Independence. *Qualitative Social Work*. 2013 ; 12(5) : 587-602.

28.Goyette M, Frechon I. Comprendre le devenir des jeunes placés : la nécessité d'une observation longitudinale et représentative tenant compte des contextes socioculturels et politiques. *Revue française des affaires*. 2013; 1 : 165-80.

29.Ouellet-Plamondon C, Dubreucq S, Bérard M, Daneault JG, L'Heureux S, Olivier D et coll. L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde. *Le Partenaire*. 2012 ; 21(1) : 4.

30.Larose-Hébert K. Quand les mots se heurtent aux maux : Portait d'un discours morcelé. Étude de l'expérience subjective des personnes utilisatrices des services de santé mentale au Québec [Thèse]. Ottawa (ON) : Université d'Ottawa ; 2016.

31.Parron A. Les enjeux de l'autonomisation de jeunes adultes confrontés à des troubles psychiques. *Alter - European Journal of Disability Research*. 2014 ; 8 : 5.

32.Gaudet S. L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion. [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada : Projet de recherche sur les politiques ; 2007 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: http://horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/dp_youth_gaudet_200712_f.pdf.

33.Gagné J, Poirier M. Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés. La réinsertion sociale. 1988 ; 13(1) : 132-43.

34.Fleury MJ, Grenier G. Parcours en milieu ordinaire de jeunes avec un handicap mental ou psychique. *Santé Publique*. 2013; 25 (4) : 460.

35.Turcotte ME, Bellot C. Vers une meilleure compréhension de la contribution des services sociaux à l'insertion sociale de jeunes adultes en difficulté. *Société et jeunesse en difficulté*. 2009 ; 8.

36.Beau R. Les jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, un problème à repenser. *Santé mentale au Québec*. 1982 ; 7(1): 42-9.

37.Gagné J, Poirier M. Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés. La réinsertion sociale. 1988 ; 13(1) : 132-43.

38.Leclerc C. Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*. 1996 ; 21(2) : 53-72.

39.Ouellet-Plamondon C, Dubreucq S, Bérard M, Daneault JG, L'Heureux S, Olivier D et coll. L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde. *Le Partenaire*. 2012 ; 21(1) : 5.

40.Ministère de la Santé et des soins de longue durée (MSSLD). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre la dépendance*. [En ligne]. Toronto : Ministère de la Santé et des soins de longue durée; 2011 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf.

40. Kirby M, Goldbloom D, Bradley L. Changer des orientations changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. [En ligne]. Ottawa : Commission de santé mentale du Canada ; 2012 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf.

41. Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux; 2005 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.

42. Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux ; 2015 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

43. Boivert A. Résidence Paul-Pau, passage en douceur vers un projet de vie adulte. Le Partenaire. 2012 ; 21(1) : 9-12.

44. Cappelli M, Davidson S, Racek J, Leon S, Vloet M, Tataryn K et coll. Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2016 ; 43(4) : 597-610.

45. Singh SP, Tuomainen H. Transition From Child to Adult Mental Health Services: Needs, Barriers, Experiences and New Models of Care. World Psychiatry. 2015 ; 14(3) : 358-61.

46. Davis M. Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood. Administrative and Policy in Mental Health. 2003 ; 30(6) : 495-509.

47. Davis M. Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood. Administrative and Policy in Mental Health. 2003; 30(6) : 495-509.

48. Cappelli M, Davidson S, Racek J, Leon S, Vloet M, Tataryn K et coll. Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2016 ; 43(4) : 597-610.

49. Singh SP, Tuomainen H. Transition From Child to Adult Mental Health Services: Needs, Barriers, Experiences and New Models of Care. World Psychiatry. 2015 ; 14(3) : 358-61.

50. Davis M. Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood. Administrative and Policy in Mental Health. 2003 ; 30(6) : 495-509.

51. Davis M. Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood. Administrative and Policy in Mental Health. 2003; 30(6) : 495-509.

52. Gaudet S. L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion. [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada : Projet de recherche sur les politiques ; 2007 [consulté le 19 septembre 2018]. Disponible: http://horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/dp_youth_gaudet_200712_f.pdf.

53. Wilson CJ, Rickwood DJ, Bushnell JA, Caputi, P, Thomas SJ. The Effects of Need for Autonomy and Preference for Seeking Help from Informal Sources on Emerging Adults' Intentions to Access Mental Health Services for Common Mental Disorders and Suicidal Thoughts. Advances in Mental Health. 2011; 10: 29-38.

54. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. BMC Psychiatry. 2010 ; 10.

55. Larose-Hébert K. Quand les mots se heurtent aux maux : Portait d'un discours morcelé. Étude de l'expérience subjective des personnes utilisatrices des services de santé mentale au Québec [Thèse]. Ottawa (ON) : Université d'Ottawa ; 2016.

Pour contacter les auteurs:

Alexis H Truong Ph.D.

Professeur adjoint

Université d'Ottawa

Département de criminologie

120 Université

Ottawa, Ontario K1N 6N5

Canada

courriel : ah.truong@uottawa.ca

Geneviève Nault

Coordonnatrice de stage et de la formation pratique

Université d'Ottawa

Département de criminologie

Katharine Larose-Hébert

Professeur adjoint

Université Laval

École de service social et de criminologie

Résumé

La violence perpétrée à l'endroit des membres de la famille par un proche souffrant d'un trouble mental sévère est un phénomène commun en psychiatrie légale, alors que près de la moitié des familles en est victime. Cette violence engendre des impacts significatifs à l'endroit de la famille, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Dans cet article, nous présentons les résultats d'un des cinq thèmes d'une étude qualitative réalisée auprès de familles victimes de violence perpétrée en contexte de troubles mentaux sévères. Plus particulièrement, le thème du dispositif médico-légal sera abordé dans cet article. Les travaux de Donzelot et Foucault agissent comme fondements théoriques permettant l'étude de cette problématique sous l'angle du gouvernement des familles. Les résultats de notre recherche indiquent que ce gouvernement s'effectue par l'entremise de certains mécanismes, dont l'instrumentalisation du rôle familial. Nous abordons aussi le processus de judiciarisation dans lequel s'inscrivent les familles, et la nécessité du critère de violence afin de faire hospitaliser le proche à risque.

Mots-clés famille, gouvernementalité, judiciarisation, psychiatrie légale, violence

Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents

ETIENNE PARADIS-GAGNÉ & DAVE HOLMES

Introduction

Au Québec, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont prises en charge par la famille, qui agit bien souvent comme unique réseau de soutien pour le proche malade.[1] En effet, plusieurs auteurs affirment que la famille est maintenant le principal pourvoyeur de soin pour les personnes atteintes de troubles mentaux.[2-5] Dans ce contexte d'appropriation du rôle de soignant, il ressort des écrits que les membres de l'entourage vivant avec un proche atteint d'un trouble mental sévère sont souvent confrontés

à une problématique de violence, qui vient complexifier lourdement le fardeau associé à la maladie. Selon les études abordant cette problématique, près de la moitié des familles vivant avec un proche atteint d'un trouble mental sévère est victime de violence, qui peut se présenter sous différentes formes (ex. : psychologique, verbale, physique, sexuelle et envers soi).[3,6-8] Les différentes études font état de la difficulté des familles à devoir conjuguer à la fois avec la violence et la maladie.[9]

Nous savons que cette violence familiale peut engendrer des effets négatifs sur la santé mentale et physique des victimes (ex. : blessures physiques, état de stress post-traumatique, troubles anxieux et dépressifs),[3,10,11] en plus de mener à un processus de judiciarisation complexe. En effet, la concomitance entre violence et santé mentale conduit bien souvent les personnes malades vers un processus de judiciarisation, où les membres de la famille deviennent les acteurs principaux. Afin d'explorer davantage cette problématique d'envergure qui demeure peu documentée dans les écrits scientifiques,[8] nous avons conduit une

recherche qualitative auprès de personnes ayant un proche atteint de troubles mentaux présentant des comportements violents. Dans cet article, nous présenterons les résultats de cette recherche ayant pour but d'étudier l'expérience des familles aux prises avec une telle problématique de violence.

Recension des écrits

Étiologie de la violence

La présence de différents facteurs de risque est corrélée avec l'apparition de comportements violents dans la famille. De prime abord, la faible observance au traitement pharmacologique en raison du manque d'autocritique est vue comme une des causes principales. Ainsi, la diminution ou l'arrêt de la prise de la médication entraîne une exacerbation des symptômes de psychose (ex. : hallucinations auditives, idées délirantes de persécution et de paranoïa). Ces symptômes peuvent être associés à des sentiments de colère et d'anxiété à l'endroit de la famille, accentuant les conflits et le risque de violence.[8,12-16] En plus de la présence d'un diagnostic de trouble mental sévère tel que la schizophrénie,[13,17,18] d'autres facteurs sont associés à un plus haut risque de violence, soit la dépendance financière envers la famille,[19,20] l'imposition de limites au proche[7] et la présence d'un trouble concomitant d'abus de substances, en particulier l'alcool[7,13,21]. Il importe cependant d'être prudent par rapport aux données portant sur la corrélation entre les troubles mentaux sévères et la violence. En effet, le risque d'amalgame peut être des plus néfastes pour les personnes malades et leur entourage, puisque la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères ne commettront jamais d'acte violent.[17,21]

Conséquences de la violence

La double problématique de violence et de problèmes de santé mentale engendre un fardeau beaucoup plus lourd et sévère pour l'entourage [16,22]. Des émotions négatives sont aussi rapportées par les membres de famille victimes de violence, dont la peur, l'anxiété, l'impuissance, la frustration, le découragement et la culpabilité [15,16,23]. Il est aussi documenté que plusieurs obstacles provenant des milieux de soins (ex. : confidentialité, difficulté d'accès à l'information et exclusion du processus de soins) alourdissent le fardeau des familles.[24-26] On dénote en effet une difficulté de communication entre les intervenants des milieux psychosociaux et les familles, qui rapportent se sentir isolées et exclues.[15] Selon Katz et coll.[9], les membres de la famille qui perçoivent un risque de violence envers eux ont une moins bonne perception de leur rôle de proche aidant, aussi

associé à un plus grand fardeau. Absalom-Hornby, Gooding et Tarrier[27] nous informent que ce double fardeau est accentué en raison de la sévérité des symptômes de la maladie, de la médiatisation de la violence commise par le proche et des contacts avec les forces policières et le système judiciaire.

Judiciarisation

Les écrits consultés indiquent que la présence de violence dans la famille peut avoir pour conséquence la judiciarisation du proche malade. Lorsque des accusations surviennent, le proche ayant commis un geste violent dans un contexte de psychose pourra être jugé non-responsable criminellement pour cause de troubles mentaux, selon l'article 16 du Code criminel.[28] En pareille instance, il se verra contraint d'être hospitalisé pour subir des traitements, et sera sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux. D'autres dispositions législatives en droit civil peuvent également entraîner l'hospitalisation involontaire du proche, notamment lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour les autres.[29] Cette interaction entre la psychiatrie et le système de justice s'avère cependant préjudiciable pour la relation familiale.[30,31] En effet, les relations entre la famille et la personne malade deviennent conflictuelles en contexte de judiciarisation,[15,32] et une rupture du lien de confiance est à risque de se produire. Lorsque les membres de la famille forcent le proche à être hospitalisé contre le gré, ils doivent accepter une lourde responsabilité éthique.[15] Dans ce difficile contexte, les écrits recensés nous indiquent que plusieurs familles évitent de déclarer la violence dont ils sont victimes par crainte de judiciarisation et d'emprisonnement du proche.[2,5,14] En effet, les membres de la famille se sentent coupables de faire hospitaliser le proche contre son gré, notamment lorsque les forces policières sont impliquées.[15,33] Selon Hyde[34], les familles refusent également de divulguer la violence dont elles sont victimes sous peine de stigmatisation. Pour Goffman [35], la stigmatisation désigne un attribut jetant le discrédit envers une personne ou un groupe identifiable, et peut servir de moyen de contrôle social. On observe que cette stigmatisation, qui peut être dirigée à la fois à l'endroit du proche et de sa famille, est fortement accentuée en présence de violence et de judiciarisation.[5,7,16,36]

Cadre théorique

Gouvernement de la famille

Le cadre théorique qui sous-tend cette recherche est celui du gouvernement des familles de Jacques Donzelot.[37] Pour cet auteur, la famille se voit instrumentalisée par le pouvoir

médico-légal, et devient un terreau fertile pour des pratiques de gouvernementalité. Selon les écrits recensés, il semble en effet que le gouvernement des familles se fasse par l'action combinée de deux grands dispositifs étatiques : la psychiatrie et la justice. Pour Foucault, un dispositif désigne un ensemble hétérogène de savoirs, de méthodes et d'institutions qui ont pour but de gouverner, de gérer ou encore de contrôler les comportements des personnes et des familles.[38] Un tel dispositif s'inscrit à travers des dynamiques de pouvoir, et a une fonction de soin et de contrôle sur les corps malades et à risque de violence.

Selon la perspective du gouvernement des familles de Donzelot, la famille est instrumentalisée par le dispositif disciplinaire (psychiatrie et justice), et doit s'appropriier un mandat de soin et de contrôle social. Dans ce contexte, la gouvernementalité offre la capacité d'inculquer à la famille des pratiques de gestion de la violence et de prise en charge de la maladie. Ces pratiques peuvent s'inscrire dans une optique de surveillance (incitation à l'observance au traitement pharmacologique), de prévention (formation sur l'intervention en situation de crise) ou de punition (hospitalisation forcée et arrêt des congés autorisés).

Afin de bien faire ressortir les dimensions politiques de ce gouvernement de la famille, une perspective théorique poststructuraliste est utilisée dans cette recherche. Le poststructuralisme est une perspective affirmant que les phénomènes sociaux sont indissociables d'une certaine structure. Celle-ci se doit d'être déconstruite afin de mettre en lumière les relations de pouvoir, les discours dominants et l'utilisation du langage et des savoirs à des fins normatives.[39,40]

Rôle de la famille dans la gestion des risques

Pour Donzelot, le gouvernement de la famille s'effectue grâce à un dispositif élaboré, qui fonde son pouvoir particulièrement sur le concept du risque. Gori[41] nous informe d'ailleurs que la psychiatrie ne base pas uniquement son pouvoir sur la rationalité scientifique, mais également sur le gouvernement des conduites et le contrôle des populations. Ainsi, dans le modèle psychiatrique contemporain, l'identification précoce des situations à risque de violence est priorisée.[42] Le savoir psychiatrique devient alors un discours dominant influençant le système juridique et social, comme nous l'indique Donzelot[37] :

La transformation de la posture du psychiatre, l'élargissement de sa vocation sociale, résultent d'une part de la critique interne de la psychiatrie, et d'autre part de la sollicitation externe dont elle est l'objet par la montée des dispositifs disciplinaires

qui la requièrent sur un autre mode que ne l'avait fait l'appareil judiciaire. [...] La maladie mentale n'est plus une exception spectaculaire que l'on doit isoler et éventuellement traiter, mais un phénomène toujours latent, nécessitant un dépistage précoce, une intervention prophylactique [...].(p.118-9)

Cependant, cette prévention accrue, effectuée au nom de l'intérêt commun et de la sécurité du public, viole les frontières de l'existence privée et se base sur une notion de risque qui demeure dans la sphère subjective.[42] Pour Otero[32], nous sommes présentement dans une ère thérapeutique qui se caractérise par la gestion des risques et la judiciarisation de la psychiatrie. Cette ère est fondée notamment sur le contrôle par les dispositions légales, l'hospitalisation en cas de dangerosité imminente et la gestion des risques dans la communauté. Mason et Mercer[43] abondent eux aussi en ce sens, abordant le concept d'« état thérapeutique » fondé sur la prise en charge et le traitement en communauté des personnes malades et à risque de violence. Faisant partie de ce dispositif disciplinaire, la famille est invitée et instruite à jouer un rôle utilitaire de gestionnaire de risque, non plus de simple proche aidant.[37] Elle devient assujettie à un rôle d'intervention, agissant en pleine continuité du système de santé. Les attentes à l'égard des membres de la famille sont maintenant d'observer les comportements, surveiller la prise de la médication, rapporter l'information et intervenir en utilisant diverses stratégies de prévention de la violence. Le rôle familial, fondé sur les savoirs expérientiels, sur la connaissance du proche et la relation de confiance avec celui-ci, est esquivé pour laisser place à l'intervention médicale, celle des experts du risque.

Méthodologie

Sur le plan méthodologique, le devis de cette étude est de type qualitatif et la théorisation ancrée a été utilisée comme stratégie de recherche. Il s'agit d'une méthodologie qui permet d'étudier une problématique en générant un modèle ou une théorie à partir des données recueillies.[44]

Le recrutement de participants s'est effectué du 15 février au 20 juin 2017, et 14 membres de famille ayant été victimes de violence perpétrée par un proche atteint de troubles mentaux sévères ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens semi-structurés.[45] Ces entretiens ont été réalisés individuellement ou avec deux parents à la fois, et un guide d'entretien a été utilisé afin d'orienter les questions d'entrevue. Les participants provenaient de 10 familles différentes à travers la région de Montréal, de la Montérégie et des Laurentides. La violence perpétrée était soit de nature physique (ex. : agressions, coups et assauts), psychologique (ex. violence verbale, injures et

menaces), envers les objets (ex. : briser des choses, lancer des objets) ou sexuelle. Pour la plupart des familles, le proche souffrant de troubles mentaux était hospitalisé dans un établissement de psychiatrie légale, ou bien suivi dans une clinique externe de psychiatrie générale. Parmi l'échantillon, un proche est décédé par suicide il y a plusieurs années. Le tableau suivant présente le portrait sociodémographique des participants. Tableau 1.

L'échantillonnage des participants a été effectué jusqu'à l'obtention de la saturation théorique, soit le moment dans la recherche où les concepts sont tous développés, et qu'il n'est plus pertinent de collecter davantage de données, car le construit théorique possède une grande profondeur.[46] Des notes d'observation et des mémos analytiques ont été rédigés, et ont aussi fait partie du matériel analysé. Le processus analytique s'est effectué de manière itérative[44], et nous avons eu recours à la méthode d'analyse qualitative de Paillé[47] (codification; catégorisation; mise en relation; intégration; modélisation et théorisation), qui se veut structurée et systématique.

Approbation éthique du projet

Le projet de recherche a été évalué et accepté par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinél de Montréal ainsi que le Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et en sciences de l'Université d'Ottawa.

Résultats

Nous présentons plus bas les résultats découlant de cette recherche en théorisation ancrée. Cinq thèmes ont émergé suite à l'analyse des données, soit : 1) le dispositif médico-légal; 2) l'expérience de la violence; 3) la prise en charge du proche par la famille; 4) les mécanismes d'exclusion et de stigmatisation et 5) souffrances et résilience. Cet article portera spécifiquement sur le premier thème analysé, soit celui du dispositif médico-légal.

Dispositif médico-légal

Selon les résultats de notre recherche, la présence de violence à l'intérieur de la famille entraîne un contact à la fois avec les milieux judiciaires et hospitaliers. En effet, l'ensemble des familles rencontrées ont eu à côtoyer ces deux milieux. Nous définissons cette interaction entre le système de justice et la psychiatrie comme étant le dispositif médico-légal. Pareil dispositif est mis en place afin de répondre à des besoins cliniques, ainsi que dans une optique de protection du public.

Judiciarisation

La judiciarisation du proche atteint de troubles mentaux présentant des comportements violents est une réalité omniprésente chez les familles consultées. Afin d'être intégré dans le processus de judiciarisation, le proche doit avoir

Tableau 1		
Participants	Lien avec le proche	Diagnostic du proche
1	Mère	Schizophrénie
2	Nièce	Schizophrénie
3	Sœur	Schizophrénie
4 et 5	Mère et père (parents adoptifs)	Trouble des conduites et organicité
6 et 7	Mère et père (parents adoptifs)	Trouble du spectre de l'autisme / Psychose
8 et 9	Mère et père	Trouble du spectre de l'autisme
10	Fille	Schizophrénie
11	Mère adoptive	Trouble psychotique
12	Père	Schizophrénie
13 et 14	Grand-mère et oncle	Trouble schizoaffectif

commis des gestes violents, ou encore présenter un risque imminent de dangerosité. Ce processus est parsemé d'allées et venues entre différents lieux de contrôle que sont l'hôpital, le tribunal et dans certains cas la rue et la prison. Une fois que le proche malade est « inséré » dans le processus de judiciarisation, les membres de la famille doivent naviguer à travers un nouveau monde qui leur est inconnu. Ils essaieront du mieux qu'ils peuvent d'aider le proche à travers ce dédale et tenteront eux-mêmes de mieux connaître cette nouvelle réalité et les acteurs en présence (ex. : psychiatres et équipes traitantes, policiers, agent de probation, etc.)

Nous avons constaté que la conception de la judiciarisation peut varier considérablement entre les membres de la famille et les professionnels de la santé. Selon les participants à notre étude, les professionnels considèrent la judiciarisation comme un moyen permettant de faire interner et traiter la personne malade. Cependant, elle est perçue de manière péjorative et nuisible par plusieurs familles. Pour ces dernières, un dossier criminel accompagné d'un suivi judiciaire n'apparaît pas comme une solution, mais comme un problème en soi. La famille craint à ce moment l'apposition d'une étiquette sur le proche, soit celle d'une personne considérée violente et dangereuse, qui sera reconnue et stigmatisée en société.

[Mon fils] a eu des condamnations pour être soigné et vivre dans un endroit où il est supervisé pour la médication. Là, il a un dossier criminel contre lui, et ça devient dangereux comme situation. Maintenant, ça devient dangereux, car s'il revient dans un état où il arrête de prendre ses médicaments, il va commettre un autre acte [...]. Un moment donné, il sera une personne considérée [violente]. (participant 12)

La judiciarisation, décrite par les familles comme un cheminement complexe et déroutant, peut se produire lorsqu'une requête pour évaluation psychiatrique est déposée à la cour ou qu'un appel aux policiers est effectué pour cause de violence. Porter plainte au criminel contre la personne malade, suite aux gestes violents, est un autre moyen utilisé afin de judiciariser. L'acte de porter plainte contre le proche en raison des actes de violence qu'il a perpétré est une réalité à laquelle plusieurs participants sont confrontés. Parmi les participants que nous avons rencontrés, aucun d'entre eux n'a porté plainte contre le proche relativement à la violence subie. Certes, la majorité a fait appel aux policiers en situation plus à risque, et certains participants ont déposé une requête à la cour afin de faire hospitaliser le proche contre sa volonté. Une participante nous a cependant mentionné avoir déjà eu la réflexion de porter plainte lors d'épisodes de violence.

Je n'ai jamais été blessée, non. Mais il était toujours à ça de le faire, mais j'appelais la police. J'appelais la police, mais je n'ai pas porté plainte.

Chercheur : Seulement pour arrêter la crise ?

Pour lui dire : « tu ne fais pas ça ». Pour lui dire que moi, ça s'arrête là. Puis s'il recommençait, j'aurais porté plainte. Parce que c'était... moi, je n'avais plus aucune prise sur lui... C'était comme, pour lui dire que ça s'arrête là. J'en ai enduré pas mal. Il a tout pétié dans la maison. (participante 11)

Une autre dimension rapportée par les participants dans le cadre de notre étude est celle de l'incitation à porter plainte contre le proche. Dans certains cas, les professionnels de la santé n'hésitent pas à inviter les membres de famille victimes de violence à poursuivre leur proche. Cette incitation, décrite par les familles, s'effectue dans l'optique de faciliter l'accès à l'hospitalisation et au traitement.

Ils voulaient que je porte plainte à l'hôpital. J'ai dit non, il n'est pas responsable, il ne sait pas ce qu'il fait. [...] c'est un infirmier qui m'a demandé de faire ça. Il essayait de me convaincre que c'était une bonne chose et qu'il n'y avait pas de risque que [mon fils] soit reconnu responsable. « On va juste utiliser le fait que tu portes plainte pour obtenir un jugement contre lui, pour qu'on puisse administrer les médicaments si on s'en aperçoit qu'il les a arrêtés ». J'ai dit, peut-être que ce que vous dites, c'est théoriquement faisable, mais en réalité c'est impossible. (participant 12)

Quand [le médecin] est venu pour m'informer, il est arrivé et il m'a demandé : « faites une plainte, comme ça on va obtenir un jugement de la cour, qui va nous donner le droit, n'importe quand, d'aller le chercher. » (participant 12)

Selon ce participant, il est inconcevable de déposer une plainte à l'endroit de son propre fils, bien qu'il soit à risque de violence. Cette action est contraire au rôle d'un parent, qui doit s'assurer de ne pas faire subir de préjudice à son enfant. L'incapacité à pouvoir concevoir la plainte comme étant bénéfique pour le proche a aussi été soulevée par d'autres participants lors des entretiens.

Pour moi, la plainte n'est pas thérapeutique. [...] je suis capable de dire qu'aujourd'hui, le système judiciaire ne donne rien de plus à [mon fils]. (participante 8)

En plus d'être incités à déposer des plaintes au criminel en présence de violence, les membres de famille sont aussi invités à utiliser le système judiciaire afin de favoriser la mise en place d'autres mécanismes médico-légaux. Mentionnons notamment la requête à la cour afin d'obtenir la garde en établissement ou la mise sous tutelle du proche.

Le médecin m'a dit : « vous pouvez le faire. Allez présenter une requête à la cour, et dites qu'il ne prend pas ses médicaments, et qu'il représente un risque pour lui-même et pour les autres. Il faut que vous prouviez cela. » OK. J'étais pour prendre un avocat, j'ai travaillé à peu près jusqu'à six heures du matin à préparer tous les faits [...] (participant 12)

Une participante a aussi été fortement incitée par les professionnels de la santé à faire les démarches au tribunal pour devenir la tutrice légale de sa mère, atteinte de schizophrénie.

La psychiatre a insisté pour que [ma mère] soit obligée d'avoir le [suivi intensif en communauté]. Mais elle a encore réussi à s'en sauver. Refus de traitement. Elle n'en veut pas. [...] Pour qu'elle soit obligée, il faudrait que je devienne sa tutrice. Mais je ne veux pas. Même les médecins sont découragés, car ils aimeraient que je devienne sa tutrice. Mais je ne veux vraiment pas. Je ne veux pas qu'ils me mettent de pression [...] Un moment donné, disons que le travailleur social m'appelait beaucoup. [...] Ils voulaient faire une grosse rencontre, mais je n'ai pas voulu y aller. J'ai refusé parce que chaque fois que je sors de l'hôpital, je ne me sens vraiment pas bien. Je ne veux plus vivre ça. (participante 10)

Dans cet extrait, on note que la participante est invitée à devenir la tutrice légale afin de faciliter les prises de décision clinique et de pouvoir mieux traiter sa mère. Cette prise en charge devient ainsi officialisée, légalisée par un jugement de la cour. D'autres familles soulèvent également la pression induite et les critiques à leur endroit effectuées par le dispositif médico-légal.

Si on n'avait pas été là, mon fils sort demain matin [de l'hôpital] et il n'a plus de logement. (participante 7)

Un moment donné, il a fait un séjour [en pédopsychiatrie]. Il est revenu à la maison et ça a recommencé. Les gens à l'hôpital nous ont dit : « mais qu'est-ce que vous faites à la maison ? » Mais la réalité, c'est qu'il avait besoin d'un cadre institutionnel. C'est ça la réalité. Mais évidemment ça avait l'air : « mais que faites-vous à la maison ? » Bien, on faisait ce qu'on pouvait. (participante 11)

L'instrumentalisation du rôle familial engendre à ce moment l'acceptation d'une nouvelle responsabilité, soit celle de devenir l'agent de contrôle social permettant de faire traiter le proche contre son gré. Nous avons cependant constaté que les pressions effectuées par les professionnels de la santé afin d'inculquer à la famille un rôle accru de prise en charge du proche s'effectuent sans toutefois soupeser les impacts, dont la surcharge, l'épuisement, le stress et le sentiment de culpabilité.

Nous constatons, au regard des données analysées, que le recours aux policiers et à la judiciarisation est une stratégie de dernier recours pour les familles. Nous savons à ce moment qu'une nette tension est à risque de se produire dans les relations avec le proche. Des participants ont fait mention du sentiment de colère ressenti par celui-ci après que la famille ait déposé une requête à la cour. Dans ce contexte, la compréhension de la démarche de la famille peut être absente

chez le proche en raison de son état mental décompensé.

C'était déchirant pour ma mère, ce n'était pas [...]. Bien, l'entendre en colère [le proche]. Après avoir posé le geste d'aller chercher le papier pour sortir ton fils de la maison. Mon père, je sais que ça avait demandé énormément de... tu sais c'est une grosse décision, de dire : « moi je ne peux plus rien faire en tant que parent, je suis obligé de le mettre dans l'institut psychiatrique », ça n'arrive pas à tous les coins de rue. (participante 3)

Nous avons observé que le manque de reconnaissance de la maladie par le proche est une réalité à laquelle la plupart des familles sont confrontées. Dès lors, faire hospitaliser le proche contre son gré n'est certes pas une démarche aisée. Lorsqu'il refuse d'être traité et hospitalisé, il doit présenter un risque de violence imminent contre lui-même ou contre les autres afin de pouvoir outrepasser son refus. La dangerosité devient alors le critère prépondérant pris en compte afin de le faire hospitaliser ou non. La décision des policiers d'intervenir dans une situation de crise dépend elle aussi de ce critère, ce qui est source de frustration et d'impuissance pour plusieurs participants. Les propos de ces derniers nous ont permis d'analyser que le dispositif médico-légal ne se met pas en branle dans une optique préventive, mais plutôt comme ultime recours lorsque l'intégrité de la personne est en danger. Cette présence nécessaire de violence pour faire hospitaliser le proche peut être complexe pour les familles. Celles-ci doivent attendre que l'état du proche se détériore, ou qu'il présente des comportements plus à risque avant de pouvoir lui venir en aide. Elles doivent documenter aux policiers et aux professionnels de la santé l'urgence de la situation et la présence du risque imminent. Nous avons vu cependant que les familles peuvent être confrontées à un manque de collaboration de la part de ces instances, qui ne partagent pas nécessairement une définition consensuelle du critère de dangerosité.

J'ai appelé l'ambulance et la police. Les policiers ont refusé [de l'amener à l'hôpital]. Ils ont dit : « ton fils, il a l'air de savoir ce qu'il fait, il est conscient, on n'a aucun droit de l'emmener de force. » J'ai dit au policier que peut-être qu'il est conscient de ce qu'il fait, mais ce qu'il fait n'est pas logique. Ils sont partis, le policier a dit : « on va l'emmener à l'autobus, il va prendre l'autobus pour aller [au centre-ville], et c'est tout ce qu'on va faire. » (participant 12)

Le processus que doivent traverser les familles afin de faire hospitaliser le proche contre son gré est complexe. Le fardeau de démontrer la présence du risque de violence incombe à ce moment à la famille qui est, en même temps, la victime.

Il a fallu que je parle longtemps avec [les policiers], pratiquement une heure de temps au téléphone. Ils disaient : « est-ce que lui-même est en danger ? » [...] «

Est-ce qu'il a mis la vie des autres en danger? [...] » J'ai ressorti l'histoire de la fin des années 90, où il a tenté de tuer son frère : « il a un potentiel de dangerosité! » Et j'ai ajouté : « l'an passé, vous l'avez arrêté, car il délirait. C'est encore la même chose qui se passe. » Mais ils ne voulaient pas intervenir. Ils voulaient que je fasse des démarches avec la cour, afin d'avoir une ordonnance. (participante 2)

La violence comme critère pour faire hospitaliser le proche peut cependant être le prélude d'un drame plus grave. Attendre que le proche soit plus agressif et violent afin de le faire hospitaliser peut, pour certaines familles, avoir des conséquences désastreuses. Dans l'extrait d'entrevue suivant, la participante a tenté à plusieurs reprises de faire hospitaliser le proche, sans succès. Celui-ci a par la suite coupé les contacts avec la famille. Alors en pleine psychose, il a agressé grièvement des personnes dans un lieu public.

Ça a pris ce que ça a pris, un épisode d'extrême violence, presque la mort de quelqu'un pour... qu'ils l'hospitalisent pour vrai, pour qu'ils le soignent pour vrai! [...] c'est ça qui est bien dommage dans notre système. Ça a pris qu'il poignarde pour que... que là le système se mette en branle : « ha là il est dangereux! » et qu'ils le soignent. Il a fallu qu'il devienne extrêmement dangereux pour être soigné. Avant ça, il n'était pas assez dangereux... (participante 1)

Face à la difficulté de faire hospitaliser le proche sans présence d'un risque imminent, les familles se retrouvent démunies et suspectent le pire. En effet, nous avons pu constater que certains participants attendent que l'état du proche se détériore et qu'il devienne de plus en plus agressif avant de pouvoir appeler les policiers pour le faire hospitaliser. Malheureusement, des gestes de violence peuvent se produire entre temps, lorsque la personne est en pleine crise.

Ça faisait deux mois que je savais que ça n'allait pas bien, on attendait juste qu'il pète sa coche pour pouvoir le rentrer à l'hôpital. (participante 2)

Ça a pris tant d'années avant qu'il rentre dans le système, et ça a pris tant de souffrance. (participante 1)

Nous avons été à même de constater que la nécessité du critère de violence est déroutante pour les familles, qui doivent composer avec les dispositions légales faisant prévaloir la défense des droits de la personne et le respect des libertés individuelles. Certains participants ont fait ressortir la difficulté de trouver un équilibre entre la protection du public d'une part, et de l'autre, le respect de l'autonomie et des volontés du proche. Cette dualité entre le contrôle par l'hospitalisation forcée et le respect des droits individuels est une réalité des plus complexes pour les familles, qui sont aux premières loges pour en constater les impacts.

On est tout le temps dans [...] la liberté d'autrui. On

a le droit de faire ce qu'on veut, tant qu'on ne nuit pas, qu'on ne mette pas personne en danger. Mais, justement, pour ces personnes-là, qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter que ça décompense comme ça? (participante 2)

Stigmatisation

Notre étude a aussi mis en relief la présence de mécanismes de stigmatisation, qui peuvent affecter simultanément la personne atteinte de troubles mentaux et l'ensemble de sa famille. Le phénomène de double stigmatisation que nous avons analysé à travers les données implique que la personne est stigmatisée à la fois en raison de la maladie mentale et du risque de violence qu'elle présente.

Ce qui se passe avec les patients qui sont schizophrènes ou avec l'autisme, qui sont pris avec un problème de violence comme [notre fils], c'est l'incompréhension. On ne comprend pas. On est prêt à juger, on est toujours porté à les montrer du doigt. (participante 8)

La judiciarisation du proche, ponctuée parfois d'interventions policières et de séjours en prison, exacerbe tout autant ce double stigmate. Nous avons également pu observer le phénomène de l'association du stigmate à la famille. En effet, certains participants en viennent eux-mêmes à ressentir les jugements et les regards dirigés vers le proche, et deviennent eux aussi porteurs des tares associées à la schizophrénie et la violence du fait de leur lien familial.

Ça m'est déjà arrivé par la suite d'aller chez mon oncle pour aller entre autres nettoyer son logement et vider certaines choses pour lui amener à l'hôpital. J'ai moi-même senti le regard des gens. J'avais l'impression d'être reconnue, puis qu'on se questionnait. (participante 2)

Nous avons constaté que la couverture médiatique engendrée par les gestes de violence perpétrée par le proche augmente considérablement la stigmatisation. La médiatisation de cette violence peut avoir des effets catastrophiques pour les familles, surtout lorsqu'il y a divulgation de l'identité du proche et de son lieu de domicile.

Ça a passé dans les journaux, on ne pouvait pas le cacher! (participante 1)

Tout le monde était là avec leur chaise à voir le spectacle qui se passait dans la rue avec les policiers. Et il y a eu des vidéos de lui qui se sont promenés sur le net, ça a passé dans les journaux. (participante 2)

Nous savons également que les mécanismes de stigmatisation et d'exclusion sociale peuvent dans bien des cas engendrer la discrimination du proche malade (difficulté d'accès à un logement et à l'emploi, précarité socioéconomique, etc.)

Avec la discrimination qu'il va avoir mon oncle après

[l'intervention policière], tout le monde va le reconnaître dans la rue. Et les gens, qu'est-ce qu'ils vont penser? Tout ce qu'ils vont remarquer, c'est que c'est une personne qui a des problèmes de santé mentale et qui peut être hyper dangereuse. (participante 2)

Des participants ont mentionné que dans le contexte social québécois, l'amalgame entre la violence et la maladie mentale est omniprésent. Selon plusieurs familles, des changements sociétaux doivent être mis en place afin de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Je dirais qu'on en parle beaucoup à la télé, mais ce n'est pas encore très ouvert. On ne change pas nos mentalités en quelques années. Et là il y a de plus en plus de gens qui s'affirment, ayant une maladie mentale. Ça fait du bien à ceux qui sont pris avec ça et qui ne peuvent pas en parler. (participante 1)

Les maladies mentales, c'est encore tabou, je pense. Il y a encore bien du chemin à faire. (participante 10)

Discussion

Dans cet article, nous avons décrit la présence du dispositif médico-légal, qui fait intervenir différentes instances des domaines judiciaire et hospitalier. Mentionnons par exemple les tribunaux adaptés à la santé mentale, la Commission d'examen des troubles mentaux et les différents services de psychiatrie en milieu hospitalier et dans la communauté. Nous avons pu analyser que ce dispositif s'inscrit à travers des dynamiques de pouvoir, et peut avoir des fonctions de soin et de contrôle. Tel que le présente Donzelot, le dispositif psychiatrique s'immisce dans l'intimité de la famille en y dictant les normes sociales de gestion et de prévention du risque, afin d'y exercer un gouvernement des conduites.[37]

Faute de ressources et de soutien en amont de la crise, l'association entre santé mentale et violence entraîne souvent la judiciarisation du proche. Les études démontrent en effet que les membres de famille se retrouvent démunis face au manque d'accès aux services de santé.[2,7,9] Devant ces difficultés d'accès auxquelles s'ajoute la détérioration de l'état mental du proche, la famille se voit incitée à recourir au système judiciaire.[24,30,31] À cet effet, Goffman[48] nous indique que la famille doit à ce moment entrer dans la « conspiration du silence » afin d'obtenir les services d'aide appropriés : « son plus proche parent le presse d'aller discuter de son affaire avec un médecin, un psychiatre consultant, ou tout autre conseil. Se montre-t-il réticent, on le menace d'abandon, de désaveu, ou de tout autre recours légal, ou au contraire on invoque la sympathie et le caractère purement exploratoire de la consultation ». (p.191) Selon Otero[32], les proches sont invités à utiliser l'appareil judiciaire pour obtenir une aide formalisée. Pour le sociologue, le recours à

la judiciarisation :

[...] joue un rôle important dans la gestion de la conflictualité de proximité (famille, amis, voisins, co-résidents, etc.) dans des contextes où la famille et l'entourage sont à bout de ressources, impuissants ou épuisés et, indirectement, à la recherche d'une forme de prise en charge par défaut plus structurée pour certains membres de la famille ou certains proches vulnérables, dérangeants et, parfois, menaçants ou agressifs.(p.28)

Selon l'angle de la théorie critique, nous constatons que le recours à la judiciarisation s'effectue dans une optique de contrôle et de normalisation de la personne malade et de sa famille. Nous avons pris conscience que ce processus de judiciarisation est utilisé comme levier afin de permettre l'hospitalisation et le traitement contre le gré. Dans ce contexte, la famille joue un rôle clé dans la mise en place du dispositif médico-légale, sans pourtant y être pleinement consentante. Elle doit travailler de pair avec l'appareil policier et le milieu hospitalier afin d'assurer, simultanément, la prise en charge et le contrôle du proche au domicile. Une telle réalité risque de susciter une forte ambivalence chez la famille, qui doit alors s'approprier deux rôles dichotomiques. Lors d'une situation de crise qui dépasse son propre contrôle, elle fait alors appel aux forces de l'ordre, avec qui elle doit faire équipe afin d'assurer la sécurité de ses membres tout comme celle du proche à risque de violence.

Des mécanismes de surveillance et de discipline ont été relevés dans le cadre de notre analyse des données empiriques. Que l'on pense par exemple à la surveillance constante du proche par la famille, à l'évaluation continue de son état mental afin de prioriser les interventions adéquates et à l'observance de la prise de la médication. Selon Foucault[49], les membres de la famille sont considérés être des agents sociaux de contrôle qui doivent s'intégrer dans un dispositif disciplinaire.

Notre étude a mis en lumière la difficile réalité avec laquelle les familles doivent concilier, soit la nécessité du risque de violence comme porte d'entrée à l'hospitalisation. Cette réalité est source de frustration et de colère, puisque les familles doivent parfois être victimes afin que le proche puisse bénéficier des soins requis. Ce constat soulève d'importantes questions éthiques, sachant que la famille se retrouve dans l'attente d'une décompensation de l'état du proche afin de permettre son hospitalisation. Selon notre analyse, l'utilisation de la violence comme levier facilite la mise en place d'un traitement judiciarisé au long court, le plus souvent sous autorisation de soins. L'étude de Copeland et Heilemann[23] soulève également que la violence doit être présente afin que le proche soit hospitalisé contre son gré.

La nécessité du critère de violence est cependant néfaste, car elle incite les familles à attendre que le proche présente des comportements agressifs afin de le faire hospitalier ou de recevoir de l'aide. Elle laisse les familles dans l'impuissance, augmentant la peur et l'inquiétude. L'étude qualitative de Nordström et coll. [16] relève aussi de tels constats.

Vivre avec la violence est une expérience difficile, complexe, voire catastrophique pour les familles. L'apparition de cette violence dans la sphère familiale est un moment troublant, qui vient bouleverser de nombreux aspects biopsychosociaux. Cependant, nous constatons que la capacité de vivre avec cette violence et d'accepter d'en être victime est attendue de la famille par le dispositif médico-légal. C'est pourquoi les membres de l'entourage doivent développer une certaine tolérance à la violence, ce qui a d'ailleurs été décrit par certains participants. Cette réalité a aussi été soulevée dans d'autres études sur le sujet. Les participants de l'étude qualitative de Chang et Horrocks[50] mentionnent avoir le devoir d'endurer la violence dont ils sont victimes. Selon ces auteurs, les membres de la famille rapportent devoir persister dans leur rôle de soignant malgré l'adversité et la violence. Les résultats de l'étude de Kontio et coll.[15] portent également sur le concept de tolérance à la violence; faute de soutien adéquat, les participants mentionnent devoir continuer à subir la violence du proche.

Inciter la famille à porter plainte est un autre mécanisme d'instrumentalisation qui a été présenté dans nos résultats. Cette incitation à porter plainte s'effectue par l'entremise des policiers et des intervenants de la santé. Il est énoncé à la famille qu'elle peut faire des démarches judiciaires afin de faciliter l'accès au traitement pharmacologique et le recours à l'hospitalisation. Cependant, les participants de notre étude ont rapporté ne pas comprendre comment une poursuite peut être aidante et thérapeutique pour le proche. Les résultats de l'étude de Copeland et Heillemann[23] abondent aussi en ce sens. Selon Goffman[48], l'argumentaire rhétorique élaboré par le dispositif médico-légal incite les familles à porter plainte contre le proche afin de faciliter l'hospitalisation contre le gré. Cette instrumentalisation de la famille est décrite de la sorte par le sociologue :

Ce sont souvent les intermédiaires qui, par le déploiement fallacieux de leurs argumentations psychiatriques et leur foi dans le caractère médical des hôpitaux, définissent la situation pour le parent et lui donnent l'assurance que l'hospitalisation est une solution raisonnable et efficace, qu'elle n'implique de sa part aucune trahison, mais qu'elle est plutôt une action médicale entreprise dans l'intérêt profond du malade. Le proche-parent peut alors découvrir qu'à remplir ainsi ses devoirs à l'égard du malade il gagne

sa défiance et même un temps sa haine.(p.197)

La famille est incitée, parfois sous pression, à collaborer avec les équipes soignantes, les forces de l'ordre et le système de justice. Pareille pratique discursive est aussi rapportée par Lefley[2]. Cette collaboration s'effectue cependant de manière unilatérale, sans collaboration réelle avec la famille.

Enfin, l'appel aux forces policières, le recours au tribunal et l'hospitalisation contre le gré sont des actions posées par la famille en dernier recours afin d'assurer la sécurité de l'entourage et du proche malade. Cependant, ces mesures ultimes laissent des traces indélébiles dans la relation familiale à travers le temps. Nous avons constaté dans notre recherche que le recours à la judiciarisation par la famille engendre colère et ressentiment chez le proche. Une coupure dans les contacts est aussi à risque de se produire. Un constat similaire à nos résultats de recherche est également soulevé par Lefley[2].

Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'explorer l'expérience des membres de familles victimes de violence par un proche atteint de troubles mentaux sévères. Nous avons aussi voulu étudier les stratégies utilisées par les familles afin de composer avec cette violence. Les relations entre la famille, les milieux soignants et les organismes d'aide ont aussi été explorés selon une perspective poststructuraliste. Notre recherche fait état des difficultés rencontrées au quotidien par les familles qui vivent avec un proche présentant des comportements violents. Nous avons pu voir que ces familles se retrouvent souvent isolées socialement, qu'elles sont victimes de stigmatisation et qu'elles sont peu intégrées dans la planification des soins de santé. Nos résultats ont aussi démontré que la collaboration avec le dispositif médico-légal s'effectue dans un rapport de convenance. En effet, la famille est incitée (et parfois forcée) à s'approprier un plus grand rôle dans la prise en charge du proche atteint de troubles mentaux, sans toutefois avoir le soutien et les ressources nécessaires. En plus de subvenir aux besoins du proche, les membres de la famille sont aussi invités à surveiller les comportements du proche et à s'assurer de la prise de la médication. Cette instrumentalisation du rôle familial engendre cependant des effets iatrogènes importants, dont l'alourdissement du fardeau, la détresse psychologique et l'effritement des relations entre les membres d'une même famille. Nous avons également pu déceler la présence d'un conflit de rôle chez les participants, qui sont invités à être simultanément des agents de soin et de contrôle.

Les résultats de notre étude mettent en lumière la nécessité de susciter la discussion et la réflexion critique chez le personnel infirmier et l'ensemble des professionnels de la santé par rapport à la problématique de la violence commise par un proche atteint de troubles mentaux envers la famille. Les résultats de cette étude montrent qu'il s'avère important pour les professionnels de mieux explorer la détresse des familles et évaluer s'il y a présence d'un risque de violence lors de l'admission d'un proche. Il serait aussi opportun de mettre en place des interventions de soutien adaptées aux familles victimes de violence, et ce, afin de travailler en amont de la situation de crise.

Les participants rencontrés en entretien ont soulevé, de manière unanime, l'importance d'avoir une meilleure prise en charge du proche par le milieu hospitalier afin d'alléger le lourd fardeau qui les affligent. Augmenter l'offre de services en santé mentale, notamment en matière de ressources d'hébergement et de programmes de répit pour les familles, est une autre recommandation découlant de cette recherche. Afin de prévenir le risque de violence, de tels programmes devraient être offerts, surtout lorsque le proche est en état de décompensation mentale et que l'entourage commence à être épuisé.

Nous sommes d'avis que les étudiants et étudiantes en sciences infirmières doivent être davantage sensibilisés aux dimensions sociopolitiques des soins infirmiers offerts à des clientèles vulnérables et marginalisées. L'enseignement devrait donc tenir compte des expériences de santé et de maladie des patients, mais également du contexte social, politique et économique qui affectent les conditions de santé et de vie des familles.

En résumé, les propos des familles avec qui nous sommes entretenues démontrent la nécessité d'une plus grande offre de services en matière de santé mentale. Une collaboration accrue des milieux de soin avec les familles s'avère être une nécessité. Cependant, impliquer n'est certes pas synonyme d'instrumentaliser ou de gouverner la famille. Comme le montrent nos résultats, la relation avec les familles doit s'inscrire dans un véritable partenariat, et non pas dans une subordination de la famille à un régime de vérité.

Références

1. Hunt E, Côté G. Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'évolution psychiatrique* 2009; 74(4):592-605.
2. Lefley HP. *Family psychoeducation for serious mental illness*. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Onwumere J, Grice S, Garety P et al. Caregiver reports of patient-initiated violence in psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry* 2014; 59(7):376-84.
4. Provencher HL. Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1996; 3(3):181-7.
5. Rowaert S, Vandeveldel S, Lemmens G, Vanderplasschen W, Vander Beken T, Vander Laenen F, et al. The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research* 2016; 39(1):11-19.
6. Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital & Community Psychiatry: A Journal of the American Psychiatric Association* 1994; 45(7):669-679.
7. Labrum T, Solomon PL. Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. *Psychiatry Research* 2016; 244:171-8.
8. Solomon PL, Cavanaugh MM, Gelles RJ. Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research. *Trauma, Violence & Abuse* 2005; 6(1):40-54.
9. Katz J, Medoff D, Fang LJ, Dixon LB. The relationship between the perceived risk of harm by a family member with mental illness and the family experience. *Community Mental Health Journal* 2014; 51(7):790-9.
10. Sporer K. Aggressive Children With Mental Illness: A Conceptual Model of Family-Level Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence* 2016.
11. Kageyama M, Solomon P, Yokoyama K. Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016; 30(5):614-619.
12. Bonin J-P, Larue C, Chicoine G, Dostie M, Racine H. Familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion du risque. *Le Partenaire* 2014; 23(2):25-29.
13. Chan BW-Y. Violence against caregivers by relatives with schizophrenia. *International Journal of Forensic Mental Health* 2008; 7(1):65-81.
14. Hsu M-C, Tu C-H. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: A phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(2):336-349.
15. Kontio R, Lantta T, Anttila M, Kauppi K, Välimäki M. Family

involvement in managing violence of mental health patients. *Perspectives in Psychiatric Care* 2017; 53(1):55-66.

16.Nordström A, Kullgren G, Dahlgren L. Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29(1):57-67.

17.Silverstein SM, Del Pozzo J, Roché M, Boyle D, Miskimen T. Schizophrenia and violence: Realities and recommendations. *Crime Psychology Review* 2015; 1(1):21-42.

18.Fazel S, Grann M, Carlstrom E, Lichtenstein P, Langstrom NM. Risk factors for violent crime in schizophrenia: A national cohort study of 13,806 patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(3):362-369.

19.Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn R. Family representative payeeship and violence risk in severe mental illness. *Law and Human Behavior* 2005; 29(5):563-74.

20.Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS, Swartz M, Bolduc M. Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33(1):S95-101.

21.Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2009; 135(5):679-706.

22.Labrum T, Solomon PL. Rates of Victimization of Violence Committed by Relatives With Psychiatric Disorders. *Journal of Interpersonal Violence* 2017; 32(19):2955-2974.

23.Copeland DA, Heilemann MS. Getting « to the Point »: The experience of mothers getting assistance for their adult children who are violent and mentally ill. *Nursing Research* 2008; 57(3):136-143.

24.Bonin J-P, Chicoine G, Fradet H, Larue C, Racine H, Jacques M-C, et al. Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec* 2014; 39(1):159-173.

25.Ewertzon M, Lützn K, Svensson E, Andershed B. Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010; 17(5):422-432.

26.Kaas MJ, Lee S, Peitzman C. Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(8):741-756.

27.Absalom-Hornby V, Gooding P, Tarrier N. Coping With Schizophrenia in Forensic Services: The Needs of Relatives.

Journal of Nervous and Mental Disease 2011; 199(6):398-402.

28.Code criminel, LRC 1985, c C-25.01.

29.Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, c. P -38.001.

30.Beaudoin O, Robert J-M. Santé mentale et justice. Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance. *Le Partenaire* 2012; 20(4):21-8.

31.Fradet H. 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* 2009; 34(2):31-38.

32.Otero M. Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies* 2010; 1-23.

33.Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2015; 27(6):652-660.

34.Hyde AP. Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guidelines for family caregivers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 21(2):144-9.

35.Goffman E. Stigmates : les usages sociaux des handicaps. Paris : Éditions de Minuit, 1976.

36.Swan R, Lavitt M. Patterns of adjustment to violence in families of the mentally ill. *Journal of Interpersonal Violence* 1988; 3(1):42-54.

37.Donzelot J. La police des familles. Paris : Éditions de Minuit, 2005.

38.Mazabraud B. Foucault, le droit et les dispositifs de pouvoir. *Cités* 2010; (42):127-89.

39.Angermüller J. Qu'est-ce que le poststructuralisme français ? *Langage et société* 2007; (120):17-34.

40.Rolfe G. Postmodernism for healthcare workers in 13 easy steps. *Nurse Education Today* 2001; 21(1):38-47.

41.Gori R. La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui. *Figures de la psychanalyse* 2007; 15(1):151-165.

42.Castel F, Castel R, Lovell A. La société psychiatrique avancée: le modèle américain. Paris : Grasset, 1979.

43.Mason T, Mercer D. Critical perspectives in forensic care:

Inside out. London: Palgrave Macmillan, 1998.

44. Corbin JM, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications, 2014.

45. Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. Dans : Gauthier B (éd.). Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données. 4e éd. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2003 ; 263-285.

46. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Paris : Armand Colin, 2016.

47. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique 1994; 23:147-181.

48. Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris : Éditions de Minuit, 1968.

49. Foucault M. Les Anormaux : cours au Collège de France, 1974-1975. Paris : Gallimard, 1999.

50. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. Journal of Advanced Nursing 2006; 53(4):435-43.

Pour contacter les auteurs:

Etienne Paradis-Gagné, inf, Ph.D

Professeur adjoint

Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences infirmières

3351 boul. des Forges, C.P. 500

Trois-Rivières, Québec

G8Z 4M3

Courriel : etienne.paradis-gagne@uqtr.ca

Dave Holmes, Ph.D

Professeur titulaire

University of California, Irvine

Sue & Bill Gross School of Nursing

3

Résumé

Le consentement libre et éclairé est le fondement juridique de toute décision de soins et la base de l'alliance thérapeutique. Les réformes civiles et criminelles des années 1990 visaient notamment la mise en œuvre du droit au consentement aux soins dans le cadre des mécanismes de droit psychiatrique afin de protéger les patients contre des décisions arbitraires. L'observation d'audiences d'autorisation de soins, de garde en établissement et de Commission d'examen démontre cependant que le traitement y fait l'objet de discussions récurrentes, de même que le style de vie et l'adhésion au paradigme psychiatrique. Ces constats empiriques permettent de remettre en question la possibilité de refuser des soins en psychiatrie, du moins pour les personnes faisant l'objet de procédures judiciaires. Il convient dès lors de s'intéresser à la médication psychiatrique en tant que modalité incontournable des rapports de pouvoir et des processus de domination.

Mots-clés consentement libre et éclairé, danger pour soi ou autrui, inaptitude à consentir aux soins, judiciarisation, instrumentalisation, rapport de pouvoir, refus de soins, risque pour la sécurité du public

Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice

EMMANUELLE BERNHEIM

Introduction

« La médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs ».[1] Cette citation de Michel Foucault met en exergue le rapport de pouvoir qui caractérise la relation thérapeutique : en raison de son expertise tant sur la maladie que sur le traitement, le soignant *sait* mieux que son patient ce qui est dans son meilleur intérêt.

Depuis les années 1930, à la faveur d'un certain activisme judiciaire, le développement de la doctrine du consentement aux soins libre (sans pression) et éclairé (informé) vise à rééquilibrer ce rapport de force en favorisant l'expression de la volonté des patients, même lorsqu'elle va à l'encontre des avis médicaux.[2] Selon cette doctrine, l'obtention du consentement est systématiquement requise avant tout soin; le refus, même fatal, doit être respecté. Aucune condition médicale ou statut juridique n'ont de conséquence relativement à l'obligation d'obtenir le consentement.

Le fait qu'une personne soit incapable, de façon temporaire ou permanente, de donner son consentement ne dispense pas de l'obligation de l'obtenir. Il faut alors recourir au « consentement substitué » donné par un représentant légal (curateur, tuteur), un conjoint, un parent, un enfant, voire un ami. Il est également possible de prévoir des Directives médicales anticipées, données par avance, et qui valent comme consentement. En plus du consentement substitué ou donné à l'avance, les médecins ont l'obligation de s'enquérir de la volonté de la personne inapte à consentir aux

soins et, si possible, de s'y conformer.[3] C'est donc dire que le droit à l'autodétermination doit être mis en œuvre dans tous les cas et que l'inaptitude à consentir aux soins ne correspond aucunement à la possibilité de transgresser la volonté et de soigner contre le gré.

En matière psychiatrique, la pratique a longtemps été d'imposer des soins durant l'internement ou la détention, même en l'absence de dispositions législatives le permettant.[4] Ce n'est qu'au début des années 1990, dans la foulée d'une succession de réformes, qu'il devient clair que les personnes souffrant de troubles mentaux doivent consentir à leurs soins comme n'importe quel patient. Rien dans la législation ou les travaux parlementaires ne soutient en effet l'idée que les dispositions concernant les soins contraints ne les visent spécifiquement. L'observation de la pratique des tribunaux démontre cependant qu'un diagnostic psychiatrique permet aisément de passer outre le refus de soins et participe de la nouvelle mission judiciaire, thérapeutique, qui serait celle de la gestion des « groupes à risque ».[5]

Le consentement aux soins, pierre angulaire du droit psychiatrique

Au début des années 1990, deux réformes législatives simultanées se déroulent à Québec et à Ottawa : la réforme du *Code civil du Québec* par laquelle les sections sur les soins et la garde en établissement sont créées et la réforme du *Code criminel* qui débouche sur la partie XX.I sur les troubles mentaux telle qu'on la connaît aujourd'hui. Ces importantes révisions législatives modifient complètement non seulement les dispositions substantielles et procédurales en droit psychiatrique, mais également la pratique des équipes traitantes qui devront dorénavant fonctionner dans un cadre juridique beaucoup plus contraignant.

L'analyse des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec et de la Chambre des communes, révèlent que les deux gouvernements considèrent la judiciarisation comme garante de la protection des droits en santé mentale. Les débats font état de situations « arbitraires » auxquelles il faut impérativement mettre fin et suggèrent que « le dernier garde-fou qu'on a, c'est que la décision finale, c'est le juge qui la prend ».[6,7] Les tribunaux civils et administratifs se voient confier dans la foulée de nouveaux mandats de nature sociale, jusque-là réservés aux cliniciens, soit l'autorisation de soins, la garde en établissement et les décisions relatives à la détention ou la libération d'accusés déclarés non responsables pour cause de troubles mentaux ou inaptes à subir leur procès.

L'autorisation de soins

L'aptitude à consentir aux soins doit être soumise à une évaluation médicale spécifique dont les critères d'évaluation, communément dénommés « Critères de la Nouvelle-Écosse », ne sont pas cumulatifs et visent à évaluer la compréhension que la personne a de son état de santé et des soins proposés. Il s'agit donc de s'assurer qu'elle est en mesure de donner un consentement libre et éclairé.

In determining whether or not a person is capable of consenting to treatment the examining psychiatrist shall consider whether or not the person being examined

- a) understands the condition for which the treatment is proposed;
- b) understands the nature and purpose of the treatment;
- c) understands the risks involved in undergoing the treatment;
- d) understands the risks involved in not undergoing the treatment; and
- e) whether or not his ability to consent is affected by his condition.[8]

Le psychiatre traitant et l'établissement de santé peuvent déposer une requête en Cour supérieure de manière à obtenir l'autorisation de soigner contre son gré une personne considérée inapte à consentir aux soins dans trois cas de figure:

- 1-La personne habilitée à consentir pour elle est dans l'incapacité de le faire ou refuse les soins de manière injustifiée.
Sauf pour des soins d'hygiène ou en cas d'urgence;
- 2-la personne majeure inapte à consentir aux soins les refuse catégoriquement ;
- 3-le mineur âgé de plus de 14 ans² refuse les soins.[3]

Le tribunal devra procéder à un examen en cinq étapes:

- 1.Inaptitude à consentir et refus catégorique des soins: ces deux éléments doivent être démontrés pour que le tribunal ait la compétence d'agir ;
- 2.Soins requis : avec précision, en tenant compte de la volonté du défendeur et sans tenir compte de la commodité pour le milieu de soin ;
- 3.Risques et bénéfices attendus : les effets bénéfiques doivent surpasser les effets néfastes ;
- 4.Durée : doit être minimale pour obtenir les effets bénéfiques ; et
- 5.Autres conclusions demandées : à évaluer en fonction des circonstances propres de l'espèce.[9]

La preuve de l'inaptitude, du refus de soins et du caractère requis des soins est à la charge de la partie demanderesse et c'est le psychiatre traitant qui témoigne à cet effet. Le tribunal est tenu de considérer le témoignage de toute personne qui peut l'éclairer, y compris celui du défendeur.[3,10]

Dans la mesure où le tribunal considère que la preuve de l'inaptitude à consentir aux soins et du refus de soins a été

établie à sa satisfaction, il ne peut autoriser les soins que s'ils sont requis par l'état de santé. Autrement, il doit respecter la volonté de la personne inapte et ne peut accueillir la requête.

La garde en établissement

Au Québec, les mécanismes de garde sont les seuls permettant de maintenir en détention une personne en vertu du droit civil. Ils constituent un arrêt d'agir pour une personne représentant un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. Il existe trois types de gardes: les gardes préventive, provisoire et en établissement. La garde préventive permet à tout médecin, sans évaluation psychiatrique et sans ordonnance judiciaire, de garder contre son gré une personne présentant un danger grave et immédiat pour au plus 72 heures.[11] La garde provisoire, ordonnée par le tribunal, vise à faire subir une évaluation psychiatrique en vue d'établir la présence ou non de dangerosité, et, le cas échéant, de déposer une demande de garde en établissement.[3] La garde en établissement constitue un internement psychiatrique, pour une période donnée, le plus souvent une trentaine de jours, ordonné par le tribunal; celle-ci peut être suivie d'un renouvellement de garde en établissement, procédure identique à la demande initiale.[3] La Cour du Québec est le tribunal compétent pour entendre ces requêtes. Les personnes mises sous garde conservent tous les droits reconnus aux usagers du système de santé, y compris celui de refuser des soins, à l'exception des évaluations psychiatriques dans le cas des gardes provisoire et en établissement.

Pour déposer une requête pour garde en établissement, l'établissement de santé doit disposer de deux rapports psychiatriques établissant la présence de danger pour soi ou autrui en raison de l'état mental et la nécessité de la garde.[3] Les psychiatres ayant procédé aux évaluations ne se présentent pas à la cour.

Pour ordonner une garde en établissement, le tribunal doit lui-même avoir des motifs de croire que le défendeur représente un danger pour lui-même ou autrui en raison de son état mental et que sa garde est nécessaire.[3] Il peut rejeter une requête même en l'absence de contre-expertise, et doit considérer dans sa décision le fait que la privation de liberté que représente la garde en établissement constitue en soi un « préjudice grave ».[12] Il est tenu d'interroger le défendeur.[10] Soulignons qu'ici également, le fardeau de preuve appartient entièrement à l'établissement de santé demandeur.

La Commission d'examen

La commission d'examen exerce la surveillance et le contrôle des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non

responsables pour cause de troubles mentaux à l'issue de la décision d'une instance pénale ou criminelle. Au Québec, elle fait partie de la division des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec.

Les accusés inaptes à subir leur procès sont considérés incapables d'assumer leur défense parce qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre les accusations et leurs conséquences, qu'ils ne comprennent pas la procédure judiciaire et ne sont pas en mesure de donner un mandat à un avocat.[13] Les procédures sont alors suspendues en attendant qu'ils deviennent aptes à subir leur procès et le tribunal peut ordonner jusqu'à 60 jours de traitements s'ils sont susceptibles d'avoir un effet sur l'aptitude.[13] En fonction du risque qu'ils représentent pour la sécurité du public, les accusés inaptes à subir leur procès peuvent être libérés conditionnellement ou détenus dans un établissement de santé jusqu'à la tenue de leur procès ou l'abandon des accusations s'ils sont déclarés inaptes de façon permanente.[13]

Les accusés déclarés non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux ont subi un procès à l'issue duquel le tribunal a considéré qu'en raison de leur incapacité à distinguer le bien du mal au moment des faits, ils n'étaient pas en mesure de former une intention coupable.[13] En fonction du risque qu'elles représentent pour la sécurité du public, les personnes déclarées non responsables pour cause de troubles mentaux peuvent être détenues, libérées conditionnellement ou inconditionnellement. La Commission d'examen doit les libérer inconditionnellement à moins qu'elles ne présentent un risque important pour la sécurité du public. Une condition concernant le traitement ne peut être ajoutée qu'avec le consentement de l'accusé.

En effet, « à partir du moment où l'accusé non responsable criminellement ne représente plus un risque important pour la sécurité du public, le système de justice pénale perd toute compétence à son égard ».[14] Au contraire, tant que des accusations pèsent contre eux, les accusés considérés inaptes à subir leur procès restent assujettis au Parlement en vertu de sa compétence en matière criminelle.

Dans les deux cas, les accusés doivent faire l'objet d'un suivi par la Commission d'examen, qui révisé leur statut aux douze mois en fonction du risque pour la sécurité du public, mais aussi de leurs besoins en termes de réinsertion sociale. La commission, qui est un tribunal administratif, a des pouvoirs d'enquête : il ne s'agit donc pas d'un procès à proprement parler, « mais bien une procédure administrative de nature inquisitoire visant à établir le régime le moins contraignant [...] tout en préservant la sécurité du public ».[15]

La commission est responsable de la collecte de la preuve et peut dans ce cadre assigner tout témoin qu'elle juge pertinent. La procédure devant la commission est informelle et les accusés ne bénéficient pas de l'ensemble des garanties judiciaires associées au procès criminel ni même pénal. La commission siège directement dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques et sont publiques.

Au contraire des demandes d'autorisation de soins ou de garde en établissement où il fait office de co-demandeur, le psychiatre est assigné par la Commission d'examen en tant que témoin chargé de l'évaluation du risque. Il est également tenu d'émettre des recommandations relativement à la détention ou à la libération, conditionnelle ou non, des accusés. Tableau 1.

Tableau 1: Les mécanismes juridiques étudiés

	Vise les personnes souffrant de troubles mentaux	Initié par...	Critères	Objectif	Compétence du tribunal en matière de soins
Autorisation de soins Art 16 et 23 CcQ	Non	Un professionnel de la santé, généralement un psychiatre, et l'établissement de santé	Inaptitude à consentir aux soins, refus de soins et soins requis par l'état de santé	Protéger la personne inapte à consentir aux soins contre son propre refus	Oui mais le tribunal doit refuser la demande d'autorisation de soins s'ils ne sont pas requis par l'état de santé
Ordonnance de garde en établissement Art 30 CcQ	Oui	Deux psychiatres et l'établissement de santé	Danger pour soi ou autrui en raison de l'état mental	Protection de la personne/du public	Non
Inaptitude à subir son procès Art 2 Ccr Partie XX.1 Ccr	Oui	Défense, poursuivant ou tribunal	Incapacité d'assumer sa défense	Ne pas juger un accusé qui ne peut pas se défendre	Non, sauf dans l'objectif de rendre l'accusé apte, max. 60 jours (art 672.58 Ccr)
Non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux Art 16 Ccr Partie XX.1 Ccr	Oui	Défense ou poursuivant	Incapacité à distinguer le bien du mal au moment des faits	Ne pas condamner un accusé qui n'est pas responsable	Non
Commission d'examen Art 672.38-672.42 Ccr Partie XX.1 Ccr	Oui	La commission est saisie automatiquement après une déclaration d'inaptitude à subir son procès ou de NRCTM	Risque important pour la sécurité du public	Protection de la sécurité du public	Non ; l'accusé doit consentir aux conditions sur le traitement Art 672.55 Ccr

La psychiatrie dans l'œil de la justice : incursion dans l'univers judiciaire

J'ai mené deux terrains de recherche dans trois différents tribunaux par le moyen d'observations d'audiences, d'entrevues avec des acteurs clés et d'étude de la jurisprudence. Je ne discuterai ici que des observations et de ce qu'elles ouvrent comme perspective d'analyse. En effet, l'observation d'audiences d'autorisation de soins, de garde en établissement et de Commission d'examen révèle de grandes similarités notamment la nature des débats judiciaires et l'issue des procédures. Ainsi, malgré des différences juridiques notables quant aux objectifs – traiter ou protéger – et aux critères – inaptitude à subir son procès ou à consentir aux soins, danger pour soi ou autrui, risque pour la sécurité du public – les résultats et les moyens pour y arriver sont très similaires.

J'ai assisté à des audiences de garde en établissement et d'autorisation de soins pendant quelques semaines au Palais de justice de Montréal à l'été 2009 aux fins de ma recherche doctorale.[16] Bien que ces données puissent sembler anciennes, c'est en débutant des observations à la Commission d'examen dans le district judiciaire de Montréal en octobre 2017 que la similitude des processus m'est apparue évidente et que j'ai pu commencer à établir des liens structuraux entre les mécanismes civils et criminels qu'il me semble pertinent d'exposer ici. Non seulement les défendeurs et les accusés devant ces différentes instances judiciaires sont les mêmes personnes, mais l'utilisation des différents mécanismes semble répondre à une logique de contrôle complètement étrangère aux considérations juridiques.

Les trois contextes d'observation sont cependant quelque peu différents en raison des conditions de pratique des tribunaux et du degré de promiscuité avec la cour dont j'ai pu bénéficier. Les requêtes pour garde en établissement et pour autorisation de soins se tiennent à huis clos. J'ai pu y assister en raison de la collaboration étroite de la Cour du Québec et de la Cour supérieure à mon projet de recherche, mais également de la participation active de certains juges qui ont accepté de lever le huis clos pour permettre ma présence et de discuter avec moi des causes entendues. Au contraire, les audiences de la Commission d'examen sont publiques et je n'ai fait que m'y présenter pour y assister, sans concours du tribunal ou de juges particuliers. De même, les audiences de garde en établissement et d'autorisation de soins ont lieu au Palais de justice dans des salles d'audience et je m'asseyais soit avec la partie demanderesse soit dans le public, selon la place que me désignait le juge. Les audiences de la Commission d'examen se tiennent au contraire dans des salles à configuration très variable allant de la spacieuse salle de réunion à un local de rangement réaménagé. J'ai généralement pu m'asseoir en retrait, sur un côté de la salle, mais j'ai dû dans certains cas m'asseoir avec les protagonistes, parfois à côté des accusés.

Dans tous les cas, j'ai pris des notes manuscrites que j'ai par la suite transcrites dans des documents électroniques. J'ai eu accès sporadiquement à des documents de la cour, le plus souvent les rapports psychiatriques. Lors des observations, j'ai également eu l'occasion d'échanger avec les personnes sur place : juges, avocats, psychiatres, accusés et défendeurs. Lors de ces échanges, je me suis assurée de me présenter clairement et de présenter la recherche et ces objectifs. Les propos n'ont pas été analysés en tant que tel mais ont souvent

Tableau 2: Nature des observations et échantillon

	Autorisation de soins	Garde en établissement	Commission d'examen
Tribunal	Cour supérieure	Cour du Québec	Tribunal administratif du Québec
Année de la collecte	2009	2009	2017-2018
Durée de la collecte	Tous les jours pendant quatre semaines	Tous les jours pendant six semaines	Une fois par semaine pendant 18 semaines
Nombre d'audiences observées	14	187	54
	18	56	60
Nombre d'heures en salle d'audience	1h30 à 2h	Entre 5 minutes et une demi-heure	1h à 1h30
Durée moyenne des audiences			

contribué à préciser des pistes d'analyse.

Ces deux recherches ont été menées inductivement, avec l'objectif de construire théoriquement à partir des données empiriques.[17,18] Elles ont obtenu une approbation éthique des comités d'éthique de la recherche des universités auxquelles j'étais rattachée au moment de les mener, l'Université de Montréal pour la première et l'Université du Québec à Montréal pour la seconde. Tableau 2.

L'objectifs qui sous-tend la comparaison des résultats de ces deux terrains de recherche menés à huit ans d'écart est celui de comprendre de façon structurelle les effets que produit l'activité judiciaire prise dans son ensemble. Ainsi, bien qu'il s'agisse de tribunaux civils et administratifs qui agissent dans des domaines de droit différents – civil et criminel – selon des procédures également différentes – accusatoire et inquisitoire – il existe au moins deux points de convergence : le cœur de leur décision, la maladie mentale, et les personnes qui comparaissent devant eux.

Pour réaliser cet objectif général, j'ai travaillé en couches d'analyse, en reprenant une partie du travail théorique que j'avais mené pour ma recherche doctorale en 2009. Ces couches se séquentent en trois étapes : la description, l'explication et la théorisation. Au cours de ce processus, certains concepts ont rapidement émergé en tant qu'unité de comparaison[19] et constituent le noyau de l'analyse. Dans le cadre de cette réflexion, je discuterai plus spécifiquement du consentement et du refus de soins en tant qu'éléments centraux et transversaux des débats judiciaires, mais également en tant que droits fondamentaux.

Le refus de soins mis à l'épreuve : constats issus des observations d'audiences

Nature des débats judiciaires

Plusieurs éléments sont discutés systématiquement peu importe le forum judiciaire. Le premier est le style de vie des personnes, défenderesses ou accusées, et notamment l'état de leur situation financière, locative et d'emploi, leurs habitudes de consommation et leurs relations sociales.

La majorité des audiences observées concernent des personnes vivant de l'aide sociale ou de la solidarité sociale, ce qui est au minimum nommé, mais dans certains cas mis en discussion lorsqu'il est question de projets nécessitant des ressources financières comme des voyages ou la participation à des activités payantes. La capacité de réalisation du projet, mais également la capacité à évaluer réalistement ses propres opportunités, peut alors être mise en doute.

De la même façon, les conditions de logement sont systématiquement évoquées, et font parfois l'objet de discussions lorsqu'il s'agit par exemple d'insalubrité ou d'itinérance. Il n'est dans ces cas jamais question des contraintes financières et matérielles qui pèsent sur les personnes vivant dans la pauvreté ou de l'inadéquation des prestations sociales par rapport au coût de la vie, mais plutôt de la responsabilité des défendeurs ou accusés à l'égard de leur situation. Il est commun en effet de les questionner sur les mesures qu'ils prennent ou ont prises pour sortir de la rue ou pour déménager d'un logement insalubre. C'est dans ce contexte qu'est souvent évoqué un retour en emploi.

L'emploi est la pierre angulaire de la réinsertion sociale et de la responsabilisation : il permet tout à la fois d'occuper le temps et de gagner de l'argent, est valorisant et constitue une participation à l'activité économique. Il est régulièrement présenté par les psychiatres et l'équipe traitante comme un moyen de retrouver une stabilité économique et personnelle. Dans le cadre de ces échanges, le niveau de scolarité est régulièrement présenté comme garant de la possibilité de trouver un emploi convenable. Il ressort des observations qu'une majorité des personnes en cause n'ont soit pas complété leur secondaire cinq, soit l'ont complété mais ne bénéficient pas d'une formation professionnelle ou post-secondaire.

Les liens sociaux des défendeurs ou accusés sont également explorés en audience, notamment ceux avec la famille et les voisins. Il s'agit dans ce cas de vérifier si la personne a une propension à se disputer, mais également si elle dispose de proches qui pourraient par exemple surveiller ses symptômes et la prise de médication. L'état de la relation thérapeutique est également examiné et des liens constants et harmonieux sont gages du maintien du suivi et de l'adhésion au traitement. On considère également qu'une relation de confiance permettra à la personne de parler de ses symptômes à son équipe traitante et éventuellement de se présenter volontairement à l'urgence au besoin.

Liées aux conditions de logement et d'emploi, les habitudes de consommation font systématiquement l'objet de questions de la part du tribunal. Il semble être facilement pris pour acquis que le fait de vivre en situation d'itinérance ou dans certains parcs locatifs a une incidence sur la consommation de drogue ou d'alcool, notamment en raison des personnes qui fréquentent ces endroits et qui pourraient inciter à consommer. De même, le fait de travailler rend moins disponible pour consommer, de même que pour toute activité délinquante ou dérangeante. Dans certains cas, les tribunaux se montrent intransigeants et la moindre consommation,

entre autres de cannabis, pose problème, notamment au regard du risque ; dans d'autres cas, le tribunal se montre plus tolérant. Soulignons que la consommation de substances illicites semble parfois susciter un jugement plus moral que juridique.

C'est le cas par exemple d'une audience de garde en établissement qui visait un défendeur atteint du syndrome de Gilles de la Tourette et qui s'auto-médicamentait en consommant du cannabis. Il soutenait que ses symptômes, qui étaient de pousser un cri à chaque seconde, n'étaient que peu soulagés par la médication et que le cannabis était plus efficace. Il racontait l'enfer de sa vie où toute relation sociale, toute activité étaient impossibles. Alors qu'il était hospitalisé depuis quelques jours déjà, il devait réprimer les cris pour s'exprimer et suivre les échanges. Selon l'avocate de l'hôpital et le tribunal, la consommation illégale de cannabis démontre une incapacité problématique à se conformer aux normes sociales et les traitements prescrits doivent impérativement être suivis.

L'observation des audiences démontre clairement que, si la consommation d'alcool ou de drogues est considérée comme preuve d'irresponsabilité et susceptible d'aggraver les troubles mentaux, la consommation de médication psychiatrique est au contraire toujours considérée comme une solution. Il s'agit pourtant de psychotropes dont les effets thérapeutiques sont régulièrement remis en question et les effets secondaires, parfois graves et handicapants, documentés depuis de nombreuses années.[20] Des effets secondaires considérés par les défendeurs et accusés comme étant invivables ne constituent généralement pas des raisons de ne pas les recommander, le tribunal explorant tout au plus des alternatives dans la même classe de médicaments.

Adhésion au paradigme psychiatrique

Ce constat révèle l'adhésion totale des tribunaux à ce que j'appellerai le « paradigme psychiatrique », ou du moins l'incapacité à y trouver une alternative satisfaisante. Ce paradigme selon lequel les comportements et émotions peuvent être classés en normal/anormal, fonctionnel/dysfonctionnel,[21] sous-tend la possibilité de normaliser ou de rendre fonctionnel par le moyen de la prescription, dont on ne sait plus si elle a une visée thérapeutique, sociale ou cosmétique.[22,23] Considérée comme un moyen de désinstitutionnalisation, de réinsertion sociale et de prévention tant des passages à l'acte que du syndrome de la porte tournante, la médication, et plus particulièrement son observance stricte, constitue depuis plusieurs décennies « la voie royale vers la guérison ».[24] Dans les dernières années,

la multiplication des diagnostics psychiatriques et des médicaments associés n'a fait qu'accentuer cette tendance, d'autant plus qu'au Québec la couverture publique d'autres avenues thérapeutiques – psychothérapie et suivi social mais également phytothérapie, acupuncture, etc. – est famélique.

Le même niveau d'adhésion au paradigme psychiatrique est exigé des défendeurs et accusés qui doivent reconnaître leur diagnostic ainsi que les explications psychiatriques à la situation dans laquelle ils se trouvent. Il arrive en effet bien souvent que des comportements soient associés à des symptômes psychiatriques à l'encontre des explications fournies par les personnes elles-mêmes. Le meilleur exemple est celui où l'équipe traitante rapporte une désorganisation ou une attitude contestataire l'ayant contrainte à utiliser l'isolement, les contentions ou une médication d'urgence. Cette attitude est interprétée comme un symptôme du trouble mental même si les personnes rapportent des événements ayant mené à ce comportement, par exemple la violation de leurs droits ou des frustrations vécues quotidiennement sur l'unité de soins. De façon générale, ces faits sont reçus par les tribunaux comme confirmant l'imprévisibilité du comportement et un déni du trouble mental, ce qui semble contribuer à démontrer un certain risque et/ou une certaine inaptitude. La Cour suprême reconnaît pourtant que « la psychiatrie n'est pas une science exacte » et qu'« il n'est pas nécessaire que le patient soit d'accord avec son médecin traitant sur le diagnostic », « des interprétations divergentes de l'information » étant possibles.[25]

En plus de devoir reconnaître leur diagnostic, les personnes doivent reconnaître les bienfaits que la psychiatrie leur procure et il arrive que la question de ce que la psychiatrie a changé dans leur vie leur soit posée directement. Dans ce cas, si elles se montrent sceptiques ou manifestent se sentir contraintes, voire opprimées, par le dispositif psychiatrique, le tribunal peut conclure que leur absence de prise de conscience démontre inaptitude, danger ou risque. Il semble qu'en matière de troubles mentaux, les tribunaux considèrent l'internement, les soins imposés ou la révision périodique menée par la Commission d'examen comme n'étant pas préjudiciables per se, en contravention évidente des principes généraux du droit et les développements jurisprudentiels sur les droits à la liberté et à l'intégrité.

La question de l'observance des traitements est centrale dans tous les forums judiciaires observés, y compris pour la garde en établissement et devant la Commission d'examen malgré l'absence de compétence en matière de soins. Ici, il n'est pas seulement question de savoir si les personnes prennent effectivement leurs médicaments, mais si elles les prennent

de leur plein gré et si elles acceptent qu'elles doivent les prendre toute leur vie. Autrement dit, le tribunal se demande si les défendeurs et accusés continueront de les prendre sans la contrainte judiciaire et le moindre doute à cet effet est suffisant pour démontrer la nécessité d'une ordonnance. Ainsi des négociations sur le type de médicament, la posologie ou le moyen d'administration (per os ou injectable) démontrent une instabilité de l'engagement dans le traitement. Évidemment, les refus de soins, malgré le fait qu'ils ne soient que la mise en œuvre des droits les plus fondamentaux, sont considérés comme particulièrement problématiques et justifient parfois expressément la mise sous garde en établissement ou le maintien sous Commission d'examen.

De même, la volonté d'explorer des alternatives thérapeutiques comme l'herboristerie, l'acupuncture ou même la psychothérapie est considérée comme incompréhensible. Outre le fait qu'elles ne fassent pas l'objet de la même couverture publique que les soins médicaux, juges et avocats soulignent que, le psychiatre étant l'expert de la maladie mentale, il est le professionnel le plus compétent en la matière.

Fondements des procédures judiciaires, droits et issue des procédures

Les observations révèlent que le fondement des procédures judiciaires, soit l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins, de la dangerosité pour soi ou autrui ou du risque important pour la sécurité du public, ne fait bien souvent l'objet d'aucun débat et n'est régulièrement pas même nommé. Il arrive que les défendeurs et accusés ne sachent manifestement pas sur quelle base la décision judiciaire est prise, posant par exemple la question de savoir de quoi ils sont accusés alors qu'aucune de ces procédures n'est de nature criminelle.

Les défendeurs et accusés qui rapportent des violations de leurs droits sont considérés comme agressifs et menaçants, ou du moins comme ayant un tel potentiel. Délais dépassés, imposition de traitement contre le gré, omission d'information, etc. : les tribunaux ne relèvent généralement pas le caractère attentatoire aux droits de ces pratiques hospitalières, mais semblent plutôt considérer la colère et la frustration de ceux qui les rapportent.

De même, une preuve incomplète ou faible, ou encore la preuve de l'absence d'inaptitude à consentir aux soins, de dangerosité pour soi ou autrui ou de risque important pour la sécurité du public n'entraîne pas automatiquement de décision en faveur des défendeurs et accusés. Ainsi, à l'image des discussions devant les différents forums judiciaires observés, les procédures connaissent des issues très

semblables malgré leurs objectifs différents. Un style de vie marginal et une attitude considérée comme réfractaire par rapport aux soins constituent généralement les éléments fondamentaux de la preuve de l'inaptitude à consentir aux soins, de la dangerosité pour soi ou pour autrui ou du risque pour la sécurité du public. Les décisions servent dans tous les cas à rendre la personne fonctionnelle, notamment à rendre son comportement normal, ou du moins acceptable, à favoriser sa réinsertion en emploi et à mitiger un risque provoqué par l'absence de traitement. Il existe ainsi une zone grise entre le refus de soins et le risque, l'un étant tributaire de l'autre. Le traitement s'avère le plus souvent au cœur des décisions.

C'est ainsi qu'en matière d'autorisation de soins, le tribunal semble tenir pour acquis que les soins sont requis par l'état de santé des défendeurs dès lors que l'inaptitude à consentir aux soins a été démontrée à sa satisfaction. De même, une autorisation de soins à venir ou pendante est régulièrement discutée en matière de garde en établissement ou devant la Commission d'examen. Dans ce cas, la garde ou le maintien sous commission sert à « faire le pont » avec l'autorisation de soins. Les ordonnances de garde en établissement ou le maintien sous commission sont régulièrement présentés en audience comme l'occasion de « faire le tour avec la médication » ou encore d'établir un plan de soins sur le long terme. Le refus de soins des défendeurs et accusés est parfois explicitement présenté par les tribunaux comme la raison de leur maintien sous garde en établissement ou commission et dans certains cas, il est même établi qu'ils peuvent continuer à s'opposer « jusqu'à ce qu'un autre juge en décide autrement », faisant directement référence à une éventuelle autorisation de soins. Les critères pour imposer des soins contre la volonté sont pourtant stricts et ne relèvent pas de la compétence de ces tribunaux. La question de l'inaptitude à consentir aux soins n'est jamais mentionnée dans ce contexte, comme s'il allait de soi qu'une demande d'autorisation de soins serait accordée.

L'instrumentalisation du droit à des fins de traitement forcé : des critères indéterminés et peu appliqués

Les trois mécanismes juridiques étudiés ne reposent pas sur les mêmes critères et la teneur du développement jurisprudentiel pertinent est également différente. Le constat est cependant identique à plusieurs égards. D'abord, l'indétermination des critères juridiques impose de s'en remettre aux psychiatres pour les évaluations et les tribunaux se montrent le plus souvent déférents par rapport au contenu des évaluations.[26] Ensuite, les critères sont appliqués

de manière inégale, ce qui donne lieu à des incohérences qui sont fréquemment soulignées par la Cour d'appel. Finalement, régulièrement, les critères ne sont pas appliqués, ce qui contribue à expliquer que l'absence ou la faiblesse de la preuve ne suffit pas à assurer une décision favorable aux défendeurs ou aux accusés.

L'inaptitude à consentir aux soins

L'inaptitude à consentir aux soins n'a pas de substance juridique en soi. Lors de la première demande d'autorisation de soins, en 1991, les parties avaient proposé différents tests pour en faire l'évaluation. Le test finalement retenu par la cour a été élaboré par des psychiatres et est approuvé par l'Association des psychiatres du Canada. Cette orientation psychiatrique n'est pas sans conséquence : si, juridiquement, l'autorisation de soins ne vise pas spécifiquement les personnes souffrant de troubles mentaux, la très grande majorité des décisions en la matière les concernent. Les recherches comparatives démontrent que les critères retenus pour évaluer l'aptitude à consentir aux soins, de même que la manière de les appliquer, déterminent le profil des personnes concernées beaucoup plus que leur état de santé.[27,28]

D'après mes observations, corroborées par l'étude de la jurisprudence,[29] le test d'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins, qui comporte cinq volets, est le plus souvent réduit aux premier et dernier de ces volets, soit la compréhension que le patient a de sa maladie et l'interférence entre son état et son aptitude à consentir aux soins. Le déni et la nature de la maladie sont alors les facteurs déterminants considérés par le tribunal. Il n'existe pourtant pas de consensus dans la littérature scientifique sur une éventuelle corrélation entre le déni et l'inaptitude à consentir aux soins. La controverse vient notamment du fait que pour parler de déni ou d'absence d'autocritique, il faut accepter le fait que le paradigme psychiatrique est le seul qui soit valable. Les dimensions culturelles, sociales et affectives du consentement aux soins sont alors complètement évacuées malgré leur importance.[30,31]

Concernant l'interférence que pourrait avoir l'état du patient sur son aptitude à consentir aux soins, il va sans dire que certains diagnostics psychiatriques en constituent presque en soi des preuves. C'est le cas par exemple des troubles du spectre de la schizophrénie et autres désordres psychotiques, l'absence de contact avec la réalité faisant partie des symptômes et critères diagnostics.[32,33]

Finalement, le tribunal est tenu de prendre la décision dans le meilleur intérêt du défendeur, ce qui justifie une interprétation

plus morale que juridique de l'aptitude à consentir aux soins. Dans la mesure où, du point de vue du tribunal, le style de vie paraît inadéquat et la personne peu fonctionnelle, la dimension juridique de la décision peut facilement être reléguée au second plan au profit d'une approche paternaliste. Les critères juridiques sont en effet accessoires quand l'objectif n'est plus la mise en œuvre du droit mais la résolution de problèmes personnels ou sociaux. Un juge rencontré dans le cadre de mes recherches affirmait d'ailleurs, qu'au contraire des autres matières civiles, « ici, on prend la décision avec le cœur ».

Le danger pour soi ou autrui en raison de l'état mental

En matière de garde en établissement, le critère de danger n'a jamais été clairement défini ; il doit cependant être démontré par des faits.

Les observations ont permis d'établir que les requêtes concernant des personnes ayant posé des gestes auto ou hétéro agressifs, ou ayant menacé de le faire, sont rares et que l'évaluation du danger est très variable, se rapprochant généralement de ce que Castel décrit comme un risque, soit « la mise en relation de données générales impersonnelles ou de facteurs (de risques) qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables ».[34]

Dans ce contexte, plutôt que de considérer des faits avérés, le tribunal considère une pluralité de facteurs révélant la potentialité de comportements plutôt dérangeants que dangereux au sens strict du terme, tels que la possibilité de fugue, une vulnérabilité présumée à l'exploitation ou à l'agression, le fait de déranger les voisins, des décisions attribuées à un trouble mental comme l'itinérance ou le refus de soins physique, l'hygiène négligée, la toxicomanie ou une mauvaise conduite. Des appréciations de nature clinique sont considérées par le tribunal comme facteurs de risque, même en l'absence de preuve factuelle concernant la dangerosité, par exemple la « désorganisation », le « discours incohérent », la « perte de contact avec la réalité », le « manque d'autocritique », le « jugement perturbé », le « trouble de comportement » ou la « condition mentale instable ». S'ajoutent à ces facteurs de risque, l'absence de collaboration avec l'équipe traitante, la revendication des droits en milieu hospitalier et le refus de soins, qui sont discutés dans la moitié des audiences observées. Ces résultats s'apparentent à ceux d'études menées antérieurement aux changements législatifs des années 1990.[35,36]

Il apparaît qu'un glissement conceptuel entre risque et danger favorise des décisions judiciaires prises en prévention plutôt qu'en réaction comme le préconisent pourtant les

dispositions législatives. Ici également, le tribunal agit selon sa conception du meilleur intérêt des personnes concernées, en tenant compte du style de vie comme d'un indicateur du niveau de fonctionnalité ou de besoin, notamment concernant la précarité et la pauvreté. Des gardes en établissement sont ainsi ordonnées pour offrir gîte et couvert ou pour permettre la mise en place de plans de traitement : un juge affirme ainsi qu'« ici on rend pas justice, on rend service ».

Le risque important pour la sécurité du public

Le Code criminel prévoit que le risque considéré par la Commission d'examen doit être important pour la sécurité du public « de subir un préjudice sérieux [...] par suite d'un comportement criminel mais non nécessairement violent ».[13] La jurisprudence a établi que ce risque doit être « véritable » et « grave ».[14] De la même façon qu'en matière de garde en établissement, l'observation des audiences permet de constater des variations importantes de ce qui peut constituer un tel risque.

Lorsque les faits qui leur sont reprochés sont considérés comme graves (le plus souvent des crimes contre la personne), les accusés devront bien souvent s'expliquer au tribunal notamment au sujet de leurs regrets, et ce même s'ils ont été déclarés non responsables ou qu'ils n'ont pas encore subi de procès. S'ils ne reconnaissent pas les faits ou ne s'en rappellent pas, le tribunal considère qu'il s'agit d'un facteur de risque, même lorsque les faits remontent à plusieurs années. Au contraire, des faits peu importants comme le vol d'un fromage ou un appel futile au 911 ne sont pas considérés, du moins expressément, comme des facteurs atténuants. Les antécédents judiciaires sont également discutés et peuvent constituer les indications d'une récidive éventuelle.

Des hospitalisations, des crises, des refus de soins ou des négociations de traitement constituent également des facteurs considérés par la commission et la préoccupation semble être plutôt celle de la stabilité que d'un risque quelconque. D'ailleurs, la commission explique souvent le maintien de sa juridiction par le fait que le « cadre » qu'elle offre semble essentiel pour le maintien dans une démarche thérapeutique. Elle peut également considérer que l'acceptation du traitement est trop récente pour être certaine qu'elle se maintiendra dans le temps.

Outre ces deux éléments centraux, une foule de situations peuvent être considérées comme des « stresseurs » suffisamment importants pour que la commission considère le risque comme étant important pour la sécurité du public. Des changements comme un déménagement, un changement

de ressource, le retour aux études, le changement d'équipe traitante, etc. peuvent justifier un maintien sous commission « pour voir ». L'évaluation du risque est ici clairement fondée sur la potentialité, sur le fait qu'on ne peut établir avec certitude comment se comportera l'accusé dans des contextes différents.

Soulignons également que la preuve de l'absence de risque ne suffit pas pour que la commission libère inconditionnellement un accusé. Dans certains cas, le psychiatre traitant affirme que l'accusé ne représente pas de risque, mais qu'il souhaite, pour des raisons cliniques, qu'il ne soit libéré que sous conditions. La commission accepte souvent de tels arguments.

Les décisions de la Commission d'examen, comme les ordonnances de garde en établissement, sont prises en prévention, au contraire de ce que prévoit le Code criminel. Outre le meilleur intérêt des personnes, le maintien sous commission permet d'exercer un contrôle à long terme, puisqu'au contraire des principes qui prévalent en matière de sentence, aucune durée n'est déterminée par avance. Les accusés doivent donc se conformer aux attentes de la commission pour espérer être libérés inconditionnellement.

Conclusion. Mission thérapeutique des tribunaux et refus de soins

Le fait que les défenseurs et accusés doivent montrer « patte blanche » n'est pas nouveau : le droit a comme objectif de réguler les comportements et les tribunaux ont pour fonction la sanction des comportements qui se situent en dehors des normes.[37,38] De même, l'injonction à la collaboration avec l'équipe traitante et au traitement constitue, pour Michel Foucault, le projet disciplinaire de la psychiatrie depuis ses débuts.[21]

Ici cependant, justice et psychiatrie semblent se confondre alors que la sanction des comportements hors norme est l'injonction au traitement, en contravention de toute prescription juridique. En plus d'outrepasser leurs compétences, les tribunaux en viennent à assumer une mission thérapeutique qui relève plus du contrôle social traditionnellement associé à la médecine,[39,40] et plus particulièrement la psychiatrie, que de la mise en œuvre du droit.

Des constats similaires sont tirés par des chercheurs qui s'intéressent aux programmes et tribunaux spécialisés en matière criminelle et pénale.[41] Le développement de ces initiatives s'inscrit dans un courant de pensée qui postule que le droit, la justice et les juristes sont des « agents thérapeutiques » dont l'action est susceptible de produire

des effets sociaux structureaux qui vont au-delà de leurs interventions ponctuelles.[42] En offrant une « alternative à l'incarcération par le biais d'un suivi serré dans la communauté et [un] arrimage entre les réseaux de la justice et de la santé et des services sociaux »[43] ces tribunaux de résolution de problème (problem-solving courts) seraient en mesure de régler les problèmes sociaux par le soin. Il apparaît que l'autorisation de soins, la garde en établissement et la commission d'examen jouent exactement le même rôle.

Deux conclusions doivent donc être tirées. La première est celle d'un changement structurel majeur au sein du système juridique et qui exige de concevoir des voies de passage et des missions partagées entre des instances qui évoluaient jusqu'ici en vase clos : justice civile pour les affaires familiales et d'argent, justice criminelle et pénale pour la punition et la réhabilitation et justice administrative pour la gestion des rapports états-citoyens. À la faveur d'une modification profonde du rôle social du droit, qui s'inscrit par ailleurs dans un mouvement de psychiatrisation qui touche la société dans son ensemble,[44] les frontières sont reconfigurées non plus en fonction des matières juridiques et de leurs objectifs, mais plutôt en fonction des groupes sociaux et des risques qui leurs sont associés. De cette reconfiguration découle une nouvelle dimension coercitive au travail des tribunaux civils et administratifs qui est documentée depuis maintenant quelques années.[45]

La seconde conclusion concerne un changement profond dans les principes généraux du droit comme ceux de l'atteinte minimale aux droits fondamentaux ou de la proportionnalité pour favoriser des approches comme celle du droit préventif,[46] qui vise à intervenir en amont des litiges ou des accusations pour modifier les comportements. Si cette approche est présentée comme mécanisme de prévention des différends,[47] il est évident qu'elle peut également justifier l'utilisation du droit à des fins de prévention du dérangement ou des incivilités, et donc de contrôle. Dans un tel contexte, les droits ne peuvent plus être au cœur de l'activité juridique et judiciaire.

Quant à la question de savoir si le refus de soins psychiatriques est possible au Québec, la réponse est évidemment négative, du moins pour les personnes ayant affaire aux tribunaux. En effet, il apparaît nécessaire de remettre les constats issus de mes observations en contexte, notamment en tenant compte des profils des personnes concernées par ces procédures judiciaires, et plus particulièrement leur profil socioéconomique. En effet, dans les dernières années, plusieurs recherches ont également mis en lumière la grande précarité d'une proportion importante des personnes faisant

l'objet de procédures judiciaires fondées sur des enjeux de santé mentale.[48-50] Le fait de disposer de moyens financiers, sociaux et culturels permettrait tout simplement d'avoir accès à une diversité de modalités de soutien et de services, et donc de se préserver contre la dimension coercitive des soins psychiatriques.[16]

Le refus de soins psychiatriques semble donc éventuellement possible, ou du moins envisageable, pour une partie seulement de la population, favorisée. Outre les inégalités évidentes en matière d'accès aux soins de santé, ce constat interpelle très fortement la fonction politique des institutions psychiatrique et judiciaire [51, 52] et, de façon plus générale, le rôle de la stigmatisation des populations pauvres dans la construction des sociétés occidentales [53]. Il convient dès lors de s'intéresser à la médication psychiatrique en tant que modalité incontournable des rapports de pouvoir et des processus de domination.

Notes

¹Soulignons qu'en vertu des dispositions de la constitution canadienne sur le partage des compétences, les gouvernements provinciaux sont responsables des services de santé et des services sociaux alors que le gouvernement fédéral est en charge du droit criminel : Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, c 3, art. 91 et 92.

²Au Québec, les mineurs âgés de plus de 14 ans peuvent consentir seuls à leurs soins : Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991 art 14.

Références

- 1.Foucault M. Il faut défendre la société. Cours au collège de France de 1976. Paris : Gallimard-Seuil; 1997, p. 225.
- 2.Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. Oxford : OUP; 1986.
- 3.Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991.
- 4.Somerville MA. Refusal of Medical Treatment in Captive Circumstances. *Revue du Barreau canadien* 1985 ; 63 : 59-90.
- 5.Quirion B. Traiter les délinquants ou contrôler les conduites: le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie. *Criminologie* 2006; 39 (2) : 137-164.
- 6.Canada, Chambre des communes, Débats de la Chambre des communes, 3e session, 34e législature, vol. 3, 4 octobre 1991 à la p 3297 (L'hon. Kim Campbell, ministre de la Justice et procureure générale du Canada).

7. Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Étude détaillée du projet de loi n° 39. Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (2) », Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales, 35(100) [5 décembre 1997], p. 6 (monsieur Jean Rochon, ministre de la santé et des Services sociaux).
8. Institut Philippe de Montréal c AG, [1994] RJQ 2523 (C. A.).
9. FD c Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1139, parag. 54.
10. Code de procédure civile, RLRQ c C-25.01.
11. Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, c. P-38.001.
12. A c Centre hospitalier de St. Mary, 2007 QCCA 358.
13. Code criminel, LRC 1985, c C-46.
14. Winko c C-B (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 RCS 625
15. Sa majesté la Reine c Owen, 2003 CSC 33, [2003] 1 RCS 779
16. Bernheim E. Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC et École normale supérieure de Cachan, Cachan, France 2011.
17. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique 1994 ; 23 : 147-181.
18. Blais M, Martineau S., L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens aux données brutes. Recherches qualitatives 2006 ; 26(2) : 1-18.
19. Vigour C. La comparaison dans les sciences sociales. Paris : La Découverte ; 2005
20. Davies J. (dir.), The Sedated Society: The Causes and Harms of our Psychiatric Drug Epidemic. New York : Palgrave Macmillan; 2017.
21. Foucault M. Le Pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France. Paris : Éditions Gallimard- Seuil; 2003.
22. Gori R. L'expertise: une nouvelle forme de censure sociale? Dans Yaya, H. S. (dir.), Pouvoir médical et santé totalitaire – Conséquences socio-anthropologiques et éthiques. Québec : PUL; 2009 : 121-139, p. 137.
23. Swain G. Dialogue avec l'insensé. Paris : Gallimard ; 1994: p.278.
24. Dorvil H. Prise de médicaments et désinstitutionalisation. Dans Collins, J., Otero, M., Monnais-Rousselot, L. (dir.), Le médicament au coeur de la socialité contemporaine. Québec : PUL; 2006 : 35-64, p. 42.
25. Starson c Swayze, [2003] 1 RCS 722, 2003 CSC 32.
26. Bernheim E. Les experts « psy » ou la mise en cause de la fonction judiciaire. Dans Claveau, F., Prud'homme, J. Experts, science et société. Montréal : PUM; 2018 : 135-152.
27. Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of Standards for Assessing Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. American Journal of Psychiatry 1995; 152(7) : 1033-1037
28. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. New England Journal of Medicine 2007; 357(18) : 1834-1840.
29. Bernheim E., Chalifour G, Laniel RA. La santé mentale en justice – Invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins. Revue Droit et santé de McGill 2016; 9(2) : 337-382.
30. Tranulis C. Corin E, Kirmayer LJ. Insight and Psychosis: Comparing the Perspectives of Patient, Entourage and Clinician. International Journal of Social Psychiatry 2008; 54(3) : 225-241.
31. Kleinman I. The Right to Refuse Treatment: Ethical Considerations for the Competent Patient. Canadian Medical Association Journal 1991; 144(10) : 1219-1222.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington : American Psychiatric Publishing; 2013.
33. Amador XR, David AS. Insight and Psychosis. Oxford, : OUP; 2004.
34. Castel R. La gestion des risques. Paris : Éditions de Minuit; 1981.
35. Jarry M. La dangerosité: un état de la jurisprudence. Dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec (dir.). Être protégé malgré soi. Cowansville : Yvon Blais; 2002: 31-47.
36. Clément M. Maladie mentale et exclusion: Étude des décisions de révision de cure fermée de la Commission des affaires sociales. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures, Université de Montréal : novembre 1998.
37. Raz J. Practical Reasons and Norms. Princeton : PUP; 1990.

38. Ellickson RC. Order without Law. Cambridge : HUP; 1991.
39. Horwitz AV. The Logic of Social Control. New York : Plenum Press; 1990.
40. Conrad P. Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology 1992; 18 : 209-232.
41. Freckelton I. Therapeutic Jurisprudence Misunderstood and Misrepresented: The Price and Risk of Influence. Thomas Jefferson Law Review 2008; 30: 575-595.
42. Wexler D. An Orientation to Therapeutic Jurisprudence. New England Journal on Criminal and Civil Confinement 1994; 20 : 1994, p. 259
43. Cour municipale de Montréal. Le Programme d'accompagnement Justice-Santé mentale. Montréal; 2013. Disponible sur www.ombudsmontreal.com consulté en juin 2018.
44. Mills C. The Psychiatrization of Poverty: Rethinking the Mental Health–Poverty Nexus. Social and Personality Psychology Compass 2015; 9(5) : 213–222.
45. Persak N. (dir) Regulation and Social Control of Incivilities. Londres : Routledge; 2016.
46. Stolle DP., Wexler DB, Winick BJ, Dauer EA. Integrating Preventive Law and Therapeutic Jurisprudence: A Law and Psychology Based Approach to Lawyering. California Western Law Review 1997; 34(1) : 15-38.
47. Noreau P. Le droit préventif : le droit au-delà de la loi. Montréal : Thémis; 2016.
48. Otero M. Traiter les intraitables : L'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal. Nouvelles pratiques sociales 2016; 28(2) : 203-226.
49. Otero M. Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. Sociologie et société 2007; 39(1) : 51-78.
50. MacDonald SA, Dumais Michaud AA. La prise en charge et discours entourant les personnes judiciairisées au sein d'un tribunal de santé mentale. Nouvelles pratiques sociales 2015; 27(2) : 161-177.
51. Castel, R. Sur la contradiction psychiatrique. Dans Basaglia, F., Basaglia, F. (dir.) Les criminels de paix. Paris : PUF; 1980 : 161-176.
52. Castel R. Savoir d'expertise et production de normes. Dans Chazel, F., Commaille, J. (dir.) Normes juridiques et régulation sociale. Paris : LGDJ; 1991 : 177-188.
53. Geremek B. La Potence et la pitié. L'Europe des pauvres,

du Moyen Âge à nos jours. Paris : Gallimard; 1987.

Pour contacter l'auteure:
Emmanuelle Bernheim Ph.D.
Professeure
Université du Québec à Montréal
Département des sciences juridiques
Case postale 8888, succ. Centre-Ville
Montréal, Québec, H3C 3P8
Canada
courriel: Bernheim.emmanuelle@uqam.ca

Résumé

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

Cadre théorique

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

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

L'autorisation judiciaire de soins en tant que dispositif

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'autorisation judiciaire de soins en tant qu'interface

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

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

Approche méthodologique

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

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

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

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

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

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

Résultats

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

Une confluence des discours clinique et juridique

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

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

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

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

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

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

Une identité morcelée

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

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

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

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

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

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

Un jeu de rôle complexe

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

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

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

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

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

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

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

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

Différentes stratégies de résistance

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

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

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

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

Discussion

Implications pour la pratique soignante

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

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

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

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

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

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

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

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

Limites de cette étude

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

Conclusion

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

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

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

Références

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

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

29. Hacking I. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society* 2004; 33(3): 277-302.
30. Lagrange J. Foucault et les psy. *Psychanalyse et université* 1976; 4: 704-707.
31. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. New-York: Sage Publications, 1988.
32. Grose J, Richardson J. Using meta-ethnography to understand the emotional impact of caring for people with increasing cognitive impairment. *Nursing & Health Sciences* 2013; 15: 113-123.
33. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, Yardley L, Pope C, Donovan J. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment* 2011; 15(43): 1-140.
34. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC medical research methodology* 2008; 8(1): 1-10.
35. Joanna Briggs Institute. Checklist for Qualitative Research. 2017. Disponible sur <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
36. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker, K. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *BMC Medical Research Methodology* 2014; 14(80): 2-14.
37. Jäger S., Maier F. Theoretical and methodological aspects of Foucauldian critical discourse analysis and dispositive analysis. In: Wodak R & Meyer M (eds.). *Methods of critical discourse analysis*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2001; 32-62.
38. Denzin, N.K., & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research* (5e édition). Thousand Oaks: SAGE.
39. McHoul A, Grace W. *A Foucault primer: Discourse, power, and the subject*. New York: New-York University Press, 1997.
40. Alexandre SA, Coveney J. A critical discourse analysis of Canadian and Australian public health recommendations promoting physical activity to children. *Health Sociology Review* 2013; 22(4): 353-364.
41. Arhin AO, Cormier E. Using deconstruction to educate Generation Y nursing students. *Journal of Nursing Education* 2007; 46(12): 562-567.
42. Rudge T, Holmes D, Perron A. The rise of practice development with-in reformed bureaucracy: Discourse, power and the government of nursing. *Journal of Nursing Management* 2011; 19(7): 837-844.
43. Bernheim, E. The "Rethoric of Rights" in Mental Health: Between Equality, Responsibility and Solidarity. In: Holmes D, Jacob JD & Perron A (eds.), *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. New-York: Routledge, 2014; 47-60.
44. Brophy L, Ring D. The efficacy of involuntary treatment in the community: Consumer and service provider perspectives. *Social Work in Mental Health* 2004; 2(2-3): 157-174.
45. Canvin K, Rugkasa J, Sinclair J, Burns T. Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: Qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49(12): 1873-1882.
46. Stuen HK, Rugkasa J, Ladheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 1-13.
47. Stroud J, Banks L, Doughty K. Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *Journal of Mental Health* 2015; 24(2): 88-92.
48. Klassen AL. Spinning the revolving door: The governance of non-compliant psychiatric subjects on community treatment orders. *Theoretical Criminology* 2017; 21(3): 361-379.
49. Gibbs A. Coping with compulsion: women's views of being on a community treatment order. *Australian Social Work* 2010; 63(2): 223-233.
50. Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. *L'information psychiatrique* 2017; 93(5): 381-386.
51. Wyder M, Bland R, Herriot A, Crompton D. The experiences of the legal processes of involuntary treatment orders: Tension between the legal and medical frameworks. *International Journal of Law & Psychiatry* 2015; 38: 44-50.
52. Blondeau D., Gagnon E. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les Cahiers de droit* 1994; 35:651-673.
53. Lecomte J, Caux C. Le consentement aux soins en contexte d'intervention psychosociale: État des connaissances et réflexions. In : *Service de la formation continue du Barreau*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remerciements

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

Pour contacter les auteurs :

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

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

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

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

ABOUT APORIA

Aporia is a peer-reviewed, bilingual, and open access journal dedicated to scholarly debates in nursing and the health sciences. The journal is committed to a pluralistic view of science and to the blurring of boundaries between disciplines. Therefore the editorial team welcomes critical manuscripts in the fields of nursing and the health sciences that include critique of dominant discourses related to the evidence-based movement, best practice guidelines, knowledge translation, managerialism, nursing and health care practices, ethics, politics of health care and policies, technology, bioethics, biopedagogies, biopolitics etc. Research results in nursing and health-related disciplines are also welcome. *Aporia* encourages the use of various epistemologies, philosophies, theoretical perspectives and research methodologies. In the critical analyses of health-related matters, *Aporia* embraces a wide range of epistemologies, philosophies and theories including cultural studies, feminism(s), neo-marxism, post-structuralism, postcolonialism and queer studies.

While the public already pays to fund health research, it is inconceivable that the public should be required to pay yet again, to gain access to research results. Subscription to scientific journals can sometimes reach up to thousands of dollars that are paid directly from public funds. *Aporia* inscribes itself along the margins of this practice by allowing for a definite fracture to take place within the current trends in the field of scientific publication, which constitute the dominant model for the diffusion of knowledge. *Aporia* is, therefore, a free online journal. Following the footsteps of Deleuze and Guattari, the *Aporia* team firmly believes that freedom is only made possible in the margin; an autonomous space that is controversial, sometimes polemical and without censorship that does not sacrifice scientific and academic rigor. As such, the objective is to encourage access to scientific knowledge and to give the reader an opportunity to actively position himself/herself regarding the written words in order to give a plurality of meanings to the text.

Therefore, *Aporia* adheres to the following principles:

- Freedom of speech
- Critical pedagogy
- Recognition of local knowledge(s)
- Critique of dominant discourses.

SUBMISSION

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Manuscripts and the cover letter should be submitted to aporia@uottawa.ca.

Cover Letter

Papers are accepted for publication in the Journal on the understanding that the content has not been published or submitted for publication elsewhere. This must be stated in the cover letter, which should be sent with the manuscript. The cover letter must contain an acknowledgement that all authors have contributed significantly, and that all authors are in agreement with the content of the manuscript. When applicable, it should be stated that the protocol for the research project has been approved by a suitable and relevant Research Ethics Board. All investigations involving human subjects must include a statement that subjects provided informed consent and anonymity should be preserved. Authors should declare any financial support or relationships that may cause conflicts of interest.

Authorship Credit

Each author should have participated sufficiently in the work. Authorship credit should be based on substantial contributions to:

- conception and design, or analysis and interpretation of data;
- drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- final approval of the version to be published.

Preparation of the Manuscript

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Submissions should be prepared in word-processing software using Arial 11. The text file should be double-spaced and set with top, bottom and side margins of 2.5cm or 1 inch.

For more information, please visit *Aporia* online at <http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/index.jsp?lang=>.

