

Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale : le rôle complexe des proches-aidants

Katharine Larose-Hébert, Ph.D., Professeure, École de travail social et criminologie, Université Laval
Katharine.Larose-Hebert@tsc.ulaval.ca

RÉSUMÉ :

Le phénomène de la judiciarisation de la maladie mentale est intimement lié, entre autres, à la désinstitutionnalisation, aux difficultés d'accès aux services de santé ainsi qu'à la stigmatisation. La judiciarisation peut se faire par diverses voies d'accès; celle que nous aborderons dans cet article est majoritairement empruntée par les proches et les familles en instance de dernier recours. En effet, la loi P-38 leur permet, par le truchement d'une requête de garde provisoire adressée à la Cour du Québec, de contraindre une personne à une évaluation psychiatrique. Cette étude participative vise à explorer le vécu de proches-aidants qui ont eu recours à ce type de requête en situation de crise. Afin de mieux comprendre les circonstances ayant motivé cette action coercitive, nous avons interrogé 26 proches-aidants qui en ont fait l'expérience. Nos résultats font état d'une organisation de services en santé mentale privilégiant une approche curative et susceptible d'instrumentaliser les proches-aidants et les intervenants en présence d'une dégradation de la santé et du bien-être de la personne aidée, interprétée en tant que dangerosité. C'est donc face à l'inadmissible, à la détresse aiguë de l'entourage et de la personne elle-même, que le recours au système judiciaire se concrétise. Ce qui devait être, selon la Loi, une mesure d'exception, semble être devenu, dans la pratique, une modalité d'accès aux services dans un contexte de restructuration et de réformes des services sociaux et de santé au Québec.

47

MOTS-CLÉS :

Proche-aidant, requête de garde provisoire, loi P-38, judiciarisation, santé mentale

INTRODUCTION

Les problèmes liés à l'accessibilité et à la continuité des services de santé mentale au Québec ont été dénoncés à maintes reprises, tant par les personnes concernées et leurs proches que par les professionnels qui interviennent auprès de cette population. S'étant doté d'une Politique de santé mentale à partir de 1989 et ayant formulé deux plans d'action spécifiques au cours des 15 dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît la persistance des problématiques dans ce secteur et cherche à orienter l'offre de services afin que celle-ci parvienne (enfin) à répondre aux besoins des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. Cependant, force est de constater que l'expérience et la souffrance de ces personnes sont difficilement compatibles avec les délais d'attente et la rigidité des trajectoires de services balisés. Ce phénomène fait en sorte que la prise en charge de plusieurs personnes vivant de la détresse psychique s'effectue lorsqu'elles vivent une situation de crise. Toutefois, la décompensation de l'état mental est très rarement spontanée. Elle s'ancre dans des parcours d'infortune, des expériences limites, des incompréhensions. En

outre, elle est le fruit de divers facteurs : inégalités sociales, violence, isolement, stigmatisation, discrimination, demandes d'aide sans réponse appropriée, etc. Cette détresse se vit individuellement, mais aussi collectivement, à travers l'angoisse des membres de la famille et de l'entourage, ainsi qu'en filigrane de l'intervention des services policiers, des tribunaux et de divers intervenants du milieu communautaire et du réseau public de la santé. La décompensation est la pointe de l'iceberg et, de ce fait, elle est très visible, dérangeante, parfois dangereuse : elle devient un impératif à l'action/intervention. Cette approche curative, plutôt que préventive, laisse derrière elle les ravages de la lente progression vers la crise et des ruptures possibles qui s'ensuivent — rupture de droits, relationnelle, résidentielle, financière, de santé, de confiance, etc.

Cet article aborde l'expérience de la crise telle que vécue par les familles et les proches-aidants de personnes vivant des troubles de santé mentale. Plus spécifiquement, nous nous sommes intéressées à l'une des stratégies des proches-aidants pour faire face à ce type de situation de crise. En effet, ces derniers peuvent déposer une requête de garde provisoire à la Cour du Québec en vue d'imposer la détention civile de la personne aidée¹ au sein d'une institution médicale afin que son risque de dangerosité soit évalué. Ce recours est inclus dans la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, communément nommée loi P-38. Comme ce type d'ordonnance retire certains droits à la personne ciblée, nous croyons qu'il est nécessaire de mieux comprendre le contexte au sein duquel ce recours se concrétise ainsi que ses retombées, et de mettre en lumière l'expérience des proches-aidants qui s'engagent dans ce processus de judiciarisation.

Pour ce faire, nous décrirons d'abord le contexte ayant mené au projet de recherche décrit dans cet article. Nous effectuerons ensuite une brève problématisation au moyen d'une revue de la littérature. Le cadre théorique ayant été utilisé pour analyser les données sera présenté, suivi de la méthodologie adoptée. Nous décrirons ensuite certains résultats de cette étude, qui feront finalement l'objet d'une discussion visant à mettre en lumière leur intérêt pour la pratique de l'intervention auprès des familles et des proches-aidants de personnes vivant des troubles de santé mentale.

1. Contextualisation de la recherche

1.1 Une étude participative en collaboration avec La Boussole

Au cours des années 2017-2018, nous avons mené une recherche participative de concert avec un organisme communautaire de la Ville de Québec, La Boussole, dont les services ciblent exclusivement les familles et les membres de l'entourage de personnes vivant des troubles de santé mentale. L'objectif principal de l'organisme était d'obtenir du soutien pour évaluer leur programme de Soutien à la gestion de crise. La situation ayant mené l'organisme à solliciter notre collaboration consistait en un accroissement important et continu des demandes pour accéder à un service particulier de ce programme, à savoir le service d'accompagnement dans la démarche pour se prévaloir d'une requête de garde provisoire². Pour un organisme au personnel limité, ce type d'intervention nécessite un déploiement important de temps et de ressources. Ainsi, l'organisme souhaitait resserrer les critères d'éligibilité à ce service, mais également offrir un accompagnement mieux structuré aux usagers qui en faisaient la demande. Afin de soutenir les réflexions de

1 La personne aidée fait référence dans ce texte à la personne vivant des troubles de santé mentale avec laquelle un proche-aidant entretient une relation de *care*.

2 À titre indicatif, l'augmentation des demandes pour accéder à ce service entre les années administratives 2014-2015 et 2015-2016 a été de 63 % (La Boussole, 2016).

l'organisme sur ses pratiques, un devis de recherche a été conjointement élaboré. Les objectifs du projet de recherche se divisent en deux axes principaux, soit 1) comprendre le contexte au sein duquel le dépôt d'une requête de garde provisoire se concrétise et 2) préciser les effets découlant de ce recours. Les aspects ciblés par ce projet sont les suivants : 1) la manière dont est vécu le processus de requête de garde provisoire à la Cour du Québec par les proches-aidants d'une personne vivant des troubles de santé mentale; 2) les effets de cette requête tels que perçus par les proches-aidants (pour eux-mêmes et pour la personne aidée).

Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit le recours des familles et des proches à une requête de garde provisoire, nous aborderons le phénomène plus large de la judiciarisation de la maladie mentale et nous procéderons à la description des types de garde en établissement, dont la garde provisoire.

1.2 Judiciarisation de la maladie mentale

Le phénomène de judiciarisation et de criminalisation de la maladie mentale est intimement lié à la désinstitutionnalisation psychiatrique ayant débuté au Québec dans les années 1960. En effet, ce mouvement hors des institutions a fait en sorte que plusieurs personnes anciennement prises en charge par les hôpitaux psychiatriques se sont retrouvées (et se retrouvent encore) laissées à elles-mêmes, isolées, parfois en situation d'itinérance et dans les rues où elles sont visibles et peuvent troubler l'ordre social (MacDonald et Dumais-Michaud, 2015). La pénurie de services de santé mentale dans la communauté et la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale ont contribué à précariser la situation des personnes vivant des troubles de santé mentale (Moreau, 2008). Celles-ci sont en outre exposées à un risque accru d'être prises en charge par le système judiciaire. Cependant, l'intervention de la justice engendre d'importantes conséquences pour cette population déjà fragilisée, entre autres, par les symptômes psychiatriques. À titre d'exemple, Morin, Landreville et Laberge (2000 : 82) rapportent que la judiciarisation de cette population entraîne des « difficultés d'accéder à des soins et des services, [la] détérioration des conditions de vie, [l'] accélération de la judiciarisation avec des retours multiples en prison, [les] consultations répétées en urgence psychiatrique, [l'] épuisement des ressources communautaires », auquel s'ajoute celui des familles et des membres de l'entourage.

Déjà, en 1975, la Commission de réforme du droit du Canada dénonçait explicitement « les abus, les iniquités et les discriminations dont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont victimes » et préconisait alors une « politique de déjudiciarisation de la maladie mentale » (Otero, 2010 : 6). En 1998, le Québec se dotait d'une législation qui traduisait les préoccupations politiques et sociales face à la judiciarisation abusive de cette population. Cette loi (loi P-38) balise et restreint les conditions pouvant mener à une détention civile (internement involontaire) dans un établissement médical. Malgré ces mesures, Otero, Landreville, Morin et al. (2005) rapportent une augmentation de ces détentions depuis l'entrée en vigueur de la loi P-38. Également, au Canada comme ailleurs dans le monde, les recherches montrent une augmentation de cette population en milieu carcéral, ainsi qu'une croissance significative de la clientèle dite psycho-légale (Jaimes et Crocker, 2010). Par ailleurs, le Protecteur du citoyen (Québec, 2011) indiquait que 61 % des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec présentaient un problème de santé mentale et/ou de dépendance à une substance psychoactive. De plus, plusieurs études constatent l'intensification du rôle des services de police dans la gestion de situations problématiques impliquant des personnes chez lesquelles on soupçonne un trouble de santé mentale (Cardinal, 2001; Otero, 2010). L'offre actuelle de services en santé mentale ainsi que les diverses instances de déjudiciarisation peinent à gérer cette population et à éviter sa transinstitutionnalisation (Dumais-Michaud, 2017).

1.3 Les processus de judiciarisation

La judiciarisation d'une personne vivant des troubles de santé mentale se fait généralement par le truchement de la loi P-38 ou d'une accusation criminelle. Dans le cas d'une accusation criminelle, l'État poursuit l'accusé. Diverses avenues découlant de ce type d'accusation sont possibles, comme la participation à un programme d'accompagnement justice-santé mentale géré par un tribunal spécialisé en santé mentale, un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou un jugement de culpabilité. Dans certains cas, l'accusé peut recevoir un traitement et avoir accès à des services en santé mentale découlant du jugement ou d'un programme de déjudiciarisation, mais il n'y a aucune assurance à cet effet. Dans la très grande majorité des cas, les personnes vivant des troubles de santé mentale sont accusées de délits mineurs (Livingston, Wilson, Tien et al., 2003) et la personne ayant formulé la plainte est, le plus souvent, un membre de la famille ou de l'entourage (Steadman, Mulvey, Monahan et al., 1998).

Dans le cadre de la loi P-38, le processus diffère. La personne ciblée par cette loi doit présenter un risque important de dangerosité liée à son état mental, nécessitant de ce fait une surveillance directe et des mesures de contrôle. L'article 8 autorise donc un agent de la paix à amener, contre son gré et sans l'autorisation d'un tribunal, une personne dans un établissement de santé à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui (on parle alors de garde préventive). Ce type de garde peut s'étendre au plus 72 heures afin d'évaluer le risque de dangerosité. Il est ensuite de la responsabilité d'un médecin de déterminer si une garde provisoire (7 jours) ou en établissement (21 jours) est nécessaire et de déposer des requêtes à cet effet au tribunal, le cas échéant.

50 Toutefois, une autre voie d'application de la loi est également accessible. En effet, les particuliers peuvent déposer une requête de garde provisoire adressée à la Cour du Québec afin d'imposer une évaluation psychiatrique (voie d'accès menant directement à une garde provisoire). Cette ordonnance, bien qu'elle oblige une personne à être détenue dans un établissement médical, n'implique pas nécessairement un accès à des soins. Elle assure plutôt une obligation de détention visant à contrôler les risques associés à la dangerosité de la personne. La personne maintient son droit de refuser les traitements pendant sa détention; elle n'est contrainte qu'à être évaluée par deux psychiatres qui pourront, selon leur évaluation, décider ou non de déposer une requête pour étendre la garde (alors nommée garde en établissement). Par contre, comme pour les deux types de garde précédents, la garde en établissement de 21 jours n'impose pas une obligation de recevoir un traitement. Si l'équipe traitante décide que le traitement médical est essentiel au contrôle de la dangerosité, elle peut alors demander à la cour une autorisation judiciaire de soins (AJS). Seule cette dernière ordonnance peut obliger une personne à recevoir des traitements contre son gré, qui se limitent souvent à des traitements pharmacologiques. L'accès à des services et des soins en santé mentale n'est donc pas assuré dans le cadre de la loi P-38 (qui vise à réduire ou à éliminer le risque de dangerosité).

Cependant, bien que la loi P-38 (et de ce fait la garde provisoire) n'implique pas nécessairement l'accès à un traitement médical, un membre de la collectivité, devant la décompensation de l'état mental d'une personne, peut avoir recours au système judiciaire afin de déclencher une prise en charge. Tel que le souligne Carpentier (2001), la plupart du temps, ce membre est issu de la famille. Otero (2010 : 29) estime que les proches qui effectuent ce type de recours sont « à bout de ressources, impuissants ou épuisés et, indirectement, à la recherche d'une forme de prise en charge par défaut plus structurée ». Il existe peu de données sur les interactions entre les proches-aidants de personnes vivant des troubles de santé mentale et le système judiciaire. Certains auteurs mentionnent que les familles ont souvent recours aux services de police pour intervenir auprès de la personne aidée

(Beaucage, Racine et Mauger, 2014; Otero, 2010), sans toutefois fournir de données précises. En ce qui a trait à la requête de garde provisoire, Otero, Morin et Labreque-Lebeau (2010) indiquent qu'en 2007, 76 % des demandeurs pour l'obtention de cette ordonnance à la Cour du Québec de Montréal étaient des membres de la famille. Cette donnée est similaire à celle obtenue par Rousseau (1998), qui rapportait, quant à lui, que 78 % des demandeurs d'une requête de garde provisoire à la Cour du Québec étaient des membres de la famille immédiate. Les familles déclenchent donc fréquemment le processus de judiciarisation. Or, considérant les conséquences importantes pouvant découler d'une judiciarisation pour les personnes vivant des troubles de santé mentale, telles que la possibilité de rupture relationnelle avec leurs proches-aidants (Massé, 2007), il convient de s'intéresser aux dynamiques et au contexte qui portent les membres de la famille à agir en ce sens.

1.4 Rôles des familles de personnes vivant des troubles de santé mentale

Le mouvement actuel de déhospitalisation au Québec, tout comme celui de la désinstitutionnalisation psychiatrique, a accentué l'importance du rôle devant être occupé par la famille auprès des personnes vivant des troubles de santé mentale. En effet, le cercle familial est devenu leur source principale de soutien (Bonin, Lacasse-Bédard, Latimer et al., 2013). Comme le souligne Harrison (2016), la famille se trouve au cœur de la démarche thérapeutique dont dépend en grande partie le rétablissement dans la communauté. L'implication des familles peut permettre notamment la diminution des cas d'hospitalisation et du taux de rechute et améliorer l'assiduité lors de traitements pharmacologiques (Daneau, Goudreau et Sarazzin, 2012). Cependant, les familles sont souvent peu préparées à leurs responsabilités de soignants et vivent diverses difficultés liées à ce rôle. Plusieurs recherches ayant porté sur les défis et les conséquences de cette transition institutionnelle vers le réseau familial soulignent le fardeau associé à leur vécu d'aidant (Lohrer, Lukens et Thorning, 2007), leur détresse (Provencher, Perreault, St-Onge et al., 2003) et les problématiques de santé découlant de leur implication (Weimand, Hedelin, Sällström et al., 2010). Également, ces enjeux se situent dans un contexte où les familles sont souvent exclues des soins et des prises de décisions concernant leur proche (Wilkinson et McAndrew, 2008). Fréquemment, elles rencontrent peu d'ouverture et de collaboration de la part de l'équipe traitante. À cet effet, Carpentier (2001 : 80) note que « l'apport de la famille est encore peu reconnu, laissé sous silence et marginalisé ». C'est d'ailleurs ce que constate Lavallée (2009), qui déplore le peu de collaboration entre le dispositif de services en santé mentale et les membres de la famille. Dans cette perspective, St-Onge, Béguet et Fougeyrollas (2002) montrent que 70 % des intervenants participant à leur recherche, issus du secteur de la psychiatrie au Québec, n'avaient que peu ou pas du tout de contact avec les familles, si bien que le temps global consacré à la collaboration avec l'entourage était très restreint. Par exemple, 80 % des intervenants du secteur psychiatrique affirmaient n'avoir aucun contact avec la famille ou n'avoir passé en moyenne avec elle qu'une heure par semaine (St-Onge, Béguet et Fougeyrollas, 2002).

C'est dans ce contexte que s'inscrit le recours à la justice par les familles, une situation décriée par les associations de familles de personnes vivant des troubles de santé mentale. Dans un texte d'opinion, Hélène Fradet (2009), présidente à l'époque de la Fédération des familles et amis de personnes atteintes de maladie mentale, souligne la réticence des familles à entreprendre des démarches visant la judiciarisation, ainsi que la souffrance qui découle de ce recours. En ce sens, Massé (2007) estime que les réticences des familles sont liées à des craintes légitimes, comme celle de commettre un acte irréversible pouvant occasionner des tensions, voire des ruptures relationnelles. Fradet (2009), appuyée par Beaudoin et Robert (2012), membres du conseil d'administration de la Société québécoise de schizophrénie, revendique une diversification des services afin de réduire le recours au système judiciaire, ce dernier pouvant occasionner des conséquences aussi graves pour la personne judiciarisée que pour ses proches-aidants.

Sachant que les réformes du système de santé mentale placent de plus en plus de responsabilités sur les familles face au maintien dans la communauté et à la réadaptation des personnes psychiatriquées (Bonin, Chicoine, Fradet et al., 2014; Saint-Charles et Martin, 2001), la promotion et la protection de leurs liens devraient être une priorité pour les divers intervenants du réseau de services et les politiques qui encadrent leur pratique. Par ailleurs, les plans d'action en santé mentale (2005-2010 et 2015-2020) du MSSS énoncent dans leurs priorités l'importance et la nécessité d'inclure et d'impliquer les familles à titre de partenaire au sein de l'offre de services de santé mentale au Québec. Cependant, malgré ces intentions, les familles continuent aujourd'hui de rencontrer d'importantes difficultés à agir à ce titre (Bonin, Lavoie-Tremblay, Lesage et al., 2012; Harrison, 2016). De plus, la fusion des établissements de santé et de services sociaux publics, le sous-financement chronique des organismes communautaires et le transfert de plusieurs travailleurs sociaux dans des groupes de médecine familiale (GMF) ont fragilisé les services de première ligne et compliqué l'accès aux services de santé mentale. Qui plus est, dans un rapport portant sur l'accessibilité des services publics de santé au Québec (Champagne, Contandriopoulos, St-Marie et al., 2018), les auteurs concluent que la situation d'accessibilité aux services de santé mentale est problématique partout dans la province, avec très peu de variabilité de 2015 à 2017. Ces problématiques d'accessibilité accroissent de manière générale le recours au système judiciaire pour intervenir auprès des personnes dont les comportements dérangeants étaient jadis pris en charge par les services de première ligne (Crocker et Côté, 2010; MacDonald et Dumais-Michaud, 2015).

2. Démarche de recherche

2.1 Recherche participative et engagée

52

Nous avons décidé d'effectuer une recherche participative afin d'inclure et de valoriser la perspective des personnes concernées dans la structuration de la recherche. La recherche participative possède la faculté d'influencer la pratique à travers le processus même de collecte des données. Elle envisage les sujets (dans notre cas, les proches-aidants) dans leur contexte et cherche à comprendre leur implication dans la situation-problème (le recours au système judiciaire) afin de trouver une solution pouvant être portée par la communauté impliquée (Anadon et Couture, 2007). Cette posture engagée permet une interaction continue entre les savoirs et intérêts scientifiques et les savoirs expérientiels. Ce dialogue entre chercheur et non-chercheur, processus social en lui-même, construit la recherche et les connaissances qui en découlent. Ce dialogue influence donc l'interprétation des résultats, rend tangibles les retombées de la recherche et permet le partage du pouvoir quant au développement des connaissances. Cette approche méthodologique, qui s'inscrit dans les paradigmes constructiviste et critique, possède indéniablement une dimension politique et implique de ce fait un biais favorable aux personnes opprimées, marginalisées ou tout simplement ignorées (Dallaire, 2002). Dans le cadre de notre recherche, les proches-aidants sont considérés comme des personnes dont la voix est ignorée. Également, il semble manifeste que ces derniers vivent certaines formes d'oppression liées à leur rôle d'aidant. Leurs expériences et leurs savoirs sont donc invisibilisés. Ainsi, afin d'éviter de reproduire ces inégalités et d'impliquer les personnes directement concernées par les résultats de la recherche, nous avons créé un comité consultatif composé d'intervenants de La Boussole et de proches-aidants ayant déposé des requêtes de garde provisoire visant une personne aidée. Même si les membres du comité n'ont pas tous pris part à l'ensemble des rencontres, ils sont intervenus selon leurs champs d'intérêts, de compétences et de connaissances tout au long du déroulement de la recherche, permettant ainsi des ajustements continus et participant activement à la production des connaissances.

2.2 Approche méthodologique

Nous avons utilisé une approche qualitative, car celle-ci nous permettait de capter le vécu sensible, situé et affectif des proches-aidants (Guignon et Morissette 2006). De plus, cette approche offre au chercheur la possibilité de déceler les diverses dynamiques interactionnelles et contextualisées imbriquées dans le discours des participants et susceptibles d'organiser leur expérience. Le recrutement a été effectué auprès des usagers de La Boussole ayant eu recours au service d'accompagnement dans la démarche pour se prévaloir d'une requête de garde provisoire, entre le mois de janvier 2015 et le mois de décembre 2018. Au total, 26 usagers ont participé à un entretien structuré de 45 minutes, par voie téléphonique. Ces entretiens abordaient le contexte de la crise, les services reçus, les étapes menant à la requête, l'expérience à la cour et les répercussions de cette requête pour eux et pour la personne aidée. De plus, 15 de ces usagers ont accepté de participer à un deuxième entretien, cette fois semi-structuré, d'une durée d'environ deux heures. Ce type d'entretien était effectué en personne, dans le lieu choisi par le participant, le plus souvent à son domicile. Il visait l'obtention d'informations plus détaillées, telles que l'historique de leurs contacts avec les divers services en santé mentale destinés à la personne aidée, ou pour eux-mêmes, ainsi qu'à explorer certaines dimensions plus complexes et sensibles de l'expérience de la proche-aidance, telles que la notion de fardeau, les expériences de stigmatisation, la description de leur rôle ainsi que leur état de santé et de bien-être. Tous les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits. Le verbatim a ensuite été analysé de manière verticale pour chaque transcription, en codant les thèmes liés aux objectifs de la recherche (codage ouvert). Ensuite, nous avons procédé à une analyse horizontale en comparant les codes (codage axial). Cette analyse nous a permis de répondre au besoin d'évaluation des services de La Boussole, mais également de mettre en lumière la souffrance inhérente à l'expérience des proches-aidants. Un certificat éthique a été émis pour ce projet de recherche par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval.

53

Dans la section suivante, nous ferons état de quelques aspects spécifiques de l'expérience des proches-aidants afin d'offrir des pistes de réflexion et d'action aux praticiens qui accompagnent les proches-aidants de personnes vivant des troubles de santé mentale.

3. Présentation des résultats

3.1 Composition de l'échantillon

Les participants à l'étude étaient majoritairement de sexe féminin (65 %). La majorité des participants faisaient partie de la famille immédiate (88 %) : 43 % étaient des parents, 23 % des membres de la fratrie, 19 % des enfants majeurs et un participant était le conjoint de la personne aidée. Les trois autres participants étaient des membres de la famille élargie ou des amis de la personne aidée. Toutes les personnes aidées étaient d'âge majeur. Au moment de la dernière démarche de requête effectuée par le proche-aidant, 65 % des personnes aidées étaient soumises à un suivi psychiatrique, les autres ne recevant aucun suivi médical lié à leur problématique de santé mentale. La majorité des personnes aidées ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie (50 %) et une proportion plus faible de trouble bipolaire (23 %). Les autres personnes aidées ont reçu pour la plupart un diagnostic de dépression, de trouble obsessionnel compulsif ou de trouble de personnalité limite (16 %) et finalement, 11 % n'ont pas reçu de diagnostic précédant ou suivant leur garde provisoire en milieu hospitalier.

3.2 Les difficultés et la souffrance liées au rôle de proche-aidant

Plus du quart (27 %) des participants ont rapporté souffrir de problèmes de santé liés à leur rôle d'aidant, dont les suivants : dépression, anxiété, maladies psychosomatiques, insomnie, arrêts temporaires de travail liés à l'épuisement et consommation de médicaments psychotropes. M^{me} Vincent³ nous explique que sa détresse et son anxiété l'ont menée à une tentative de suicide. Au moment de l'entretien, elle nous confie avoir recours à des anxiolytiques et à l'alcool pour parvenir à traverser les épreuves liées à son rôle d'aidante :

Ça a basculé, je t'avoue que ça a été extrêmement difficile. [...] Pis moi, écoute, j'ai fait une dépression. J'ai fait une tentative de suicide. Regarde, j'y arrivais plus! [...] Je prends des anxiolytiques en cas d'anxiété. Pis comme tu vois, je prends un verre de vin et je suis très à l'aise avec ça.

Certains participants (77 %) ont également fait état de conséquences sociales et matérielles liées à leur rôle : isolement, problèmes financiers, stigmatisation, exposition à des jugements face à leurs compétences parentales ou d'aidants. M^{me} Tremblay explique que les enjeux d'accès aux services de santé mentale de son enfant et les conséquences qui en découlent ont éventuellement éloigné toutes leurs relations sociales : « *L'isolement des parents, c'est ça la maladie mentale.* »

3.3 Expériences vécues lors du processus judiciaire

Les situations de crise ayant mené les participants à recourir au système judiciaire sont extrêmement variées. Sur ce plan, les facteurs précipitants ont peu de ressemblances entre eux, mais ils font référence pour la majorité à des comportements adoptés par la personne aidée. Certains participants ont mentionné la consommation de substances psychoactives, la pratique d'un travail du sexe, l'exacerbation de l'isolement ou des symptômes psychiatriques ou l'absence prolongée de contacts avec la personne aidée. Toutes ces situations ont eu une influence sur le niveau d'anxiété et d'inquiétude des proches-aidants et, ultimement, c'est l'expérience de ces émotions de manière prolongée qui les a menés à demander une requête de garde provisoire. Cependant, plusieurs ont été surpris ou déstabilisés par le processus judiciaire, qui, en lui-même, leur a fait vivre des expériences souvent souffrantes et anxiogènes.

À titre d'exemple, M^{me} Côté explique avoir été jugée négativement, voire réprimandée, par le magistrat lors de la requête; ce dernier a mis en doute ses aptitudes parentales en raison de la forme de soutien qu'elle offrait à son fils, qu'il jugeait excessive :

Terrible, l'expérience la plus difficile de toute ma vie. Le principe de devoir amener son fils à la cour pour le faire soigner et de rencontrer un juge qui était, comment dire, imbu de lui-même. Il nous a complètement démolis, mon conjoint et moi. Comme si on avait été des parents irresponsables. La pire expérience de toute ma vie.

Avant de déposer la requête de garde provisoire, 77 % des participants avaient déjà eu recours au système judiciaire, soit par des appels répétés à la police ou par des accusations criminelles. Certains avaient même déjà déposé une requête de garde provisoire (15 %). Dans l'extrait d'entretien suivant, M. Gauthier explique comment il doit, à répétition, faire appel au système judiciaire pour assurer le suivi psychiatrique de son frère :

3 Les noms présentés dans cet article ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des participants. Toutes les informations signalétiques qui auraient pu permettre d'identifier les participants ou les personnes aidées ont également été retirées dans ce même objectif.

Ça pas de bon sens, à tous les trois ans, d'être obligé de repartir tout le processus judiciaire. Qu'on soit obligé d'attendre qu'il soit dans un état absolument critique avant de pouvoir faire quelque chose. Ils [médecin et travailleurs sociaux] ont dit: « Écoutez, il y a pas de problème. La prochaine fois, on le prend en charge! Avant que l'ordonnance arrive à échéance, on va le prendre en charge. On va en redemander une autre [ordonnance]. » Ça fait que, on est arrivé au bout du trois ans, pis il n'y a rien qui a été fait. Pourquoi? Je le sais pas.

Forcés de prendre la situation en main, les participants expliquent la lourdeur et la souffrance associées à la démarche visant l'ordonnance de garde provisoire. Dans l'extrait suivant, M^{me} Tremblay exprime son tourment face à l'obligation d'évoquer la dangerosité de la personne aidée pour que cette dernière puisse accéder à des services :

Ça m'a longtemps hantée, le fait qu'il sache que c'est moi qui l'ai hospitalisé. Il n'a pas 15 ans, il en a [âge majeur] ans. Est-ce que ça aurait été possible de dire: il a besoin d'aide et on va à l'hôpital? Est-ce qu'il faut avoir des agressions pour mener à une hospitalisation? Il me semble qu'il y aurait moyen d'obtenir ce type de services sans qu'on ait à faire ce processus et dire qu'il est agressif. Ce n'est pas de dire qu'il est agressif, mais de dire qu'il est malade. Pourquoi je devrais dire que mon fils me faisait peur? Je me disais, il va savoir que c'est moi qui a dénoncé, ça brise le lien. Est-ce qu'on pourrait seulement dire que l'aide qu'il reçoit et le médicament qu'il a ne conviennent pas?

Les motifs évoqués par les participants lors de l'audience à la cour afin de justifier la nécessité de détenir la personne aidée étaient variés : agressivité, prostitution, consommation de drogue, arrêt de la médication, propos suicidaire, menace de mort, propos et comportement incohérents, paranoïa, itinérance, hallucination, désorganisation et dangerosité. Certains ont même admis avoir menti au magistrat, exagérant ou inventant des actes de violence afin que le juge n'ait d'autre choix que d'imposer l'évaluation psychiatrique et la garde :

Mais si j'avais dit la vérité, j'aurais pas eu l'ordonnance, c'est sûr. [...] C'est pour ça que moi, j'ai sauté sur la menace, même si je n'y crois pas. Je me suis dit c'est une menace de mort. Il me semble que c'est à prendre au sérieux. Que c'est un motif suffisant pour être amené à l'hôpital. (M^{me} Côté)

Seuls 19 % des participants ont concrètement fait référence à la dangerosité de manière imminente et immédiate : 8 % ont fait référence aux propos suicidaires et 11 % ont exprimé avoir reçu des menaces de mort ou avoir été agressés physiquement par la personne aidée.

3.4 Effets de la requête

La démarche de tous les participants a permis l'obtention d'une ordonnance de garde provisoire. Bien que cette situation ait initialement réjoui les participants, les étapes suivant l'ordonnance (dépôt de l'ordonnance au poste de police, arrestation policière et transport involontaire vers une institution médicale) ont dans certains cas été vécues difficilement, comme le reflètent les trois extraits suivants :

Le plus dur que j'ai vécu dans ma vie, ç'a été de partir de la cour et me rendre au poste de police pour leur dire d'aller enlever ma fille. Ça, c'est épouvantable cette chose-là. J'ai eu l'impression d'être la pire mère qui peut exister. (M^{me} Sévigny)

C'est sûr qu'il s'est fait arrêter sur l'autoroute avec trois chars de police, la face dans la gravelle. Alors, il y a des images qui l'ont marqué dans cette arrestation suite à la requête. (M^{me} Racine)

Les policiers sont allés le chercher chez lui et ils l'ont amené à l'hôpital. Ils l'ont amené avec des menottes, ça a pas de sens. Il n'était pas dangereux du tout du tout. Je l'avais dit aux policiers. (M^{me} Côté)

À la suite de l'évaluation psychiatrique, 27 % des personnes aidées sont cependant sorties de leur détention sans obtenir de traitement ni de mise en place de services. Les autres personnes aidées sont demeurées hospitalisées, de manière volontaire (13 %) ou involontaire, suivant une ordonnance de garde en établissement (60 %). Selon l'évaluation des participants, l'état de santé mentale de la personne aidée s'est amélioré pour 77 % des personnes aidées, tandis que l'état de santé mentale des autres serait demeuré identique ou se serait détérioré. De ce fait, la satisfaction face aux démarches effectuées est proportionnelle à l'évaluation de l'amélioration de la santé mentale. Il est à noter que le critère ayant été utilisé par tous les participants pour évaluer cette amélioration est la stabilisation des symptômes associés à la pathologie.

3.5 Inaccessibilité des services de santé mentale

Tous les participants ont affirmé avoir déposé leur requête afin que la personne aidée obtienne des services de santé mentale. M^{me} Tremblay insiste sur le fait que son intention était avant tout d'obtenir des soins adéquats pour son enfant :

Nous autres, on aurait aimé qu'il soit hospitalisé sans passer par la police. Ça aurait été bien moins stressant, moins angoissant pour les parents de dire : « Appelle le psychiatre, il se détériore, il est agressif, il est suicidaire. » « Bon bien, venez-vous-en en psychiatrie, on va l'hospitaliser. » C'est ça qu'on voulait, mais elle [psychiatre] voulait rien savoir!

56

Tous les participants ont rapporté avoir tenté d'obtenir des services en santé mentale pour la personne aidée, mais sans succès. M^{me} Roussel et sa fratrie ont fait de nombreuses tentatives pour accéder à des services : « On cognait à toutes les portes. C'est ça, on cognait à toutes les portes, mais on n'avait pas nécessairement de réponse, mais on aurait aimé ça que le système de la santé la prenne en charge, mais bon. » Dans l'extrait qui suit, M. Gauthier raconte les démarches effectuées pour obtenir un suivi face à la dégradation de l'état de santé mentale de son frère :

Fait que, à partir de ce moment-là, on a commencé, moi pis ma soeur, à faire des interventions auprès des travailleurs sociaux des CLSC, du médecin traitant qui le suivait, pour dire que son état se dégradait. Même le centre de crise, mais on n'a pas eu aucune prise en charge ou de réponses concrètes des appels qu'on faisait. Le médecin disait : « Bah, il reçoit ses médicaments ». Lui, il le voyait pas régulièrement [son frère]. Le médecin le voyait une fois par année, seulement.

Ainsi, à bout de ressources, inquiets et sans autre option, ils ont décidé d'effectuer une démarche que M^{me} Lafleur a qualifiée d'« *extrême limite* ». M. Drouin décrit en ces termes le contexte au sein duquel la décision d'effectuer la démarche prend forme : « *L'élastique était étiré jusqu'au bout. Il n'y avait plus d'autres portes.* »

Tous les participants ont manifesté leur mécontentement devant l'offre de services en santé mentale. Ils considèrent que l'inaction des divers professionnels interpellés va à l'inverse des visées de rétablissement et de bien-être énoncées dans le Plan d'action en santé mentale du MSSS. Le risque est placé sur la personne aidée, dont l'état mental doit se dégrader au point de devenir dangereux, au grand désespoir de son proche-aidant. Les deux extraits de verbatim suivants présentent la perspective des aidants :

Parce que dans le fond, quand c'est la famille qui prend les démarches en main, ce qui est frustrant c'est qu'il faut attendre que son état soit vraiment, complètement, soit au pire. Tu sais quand on le voit aller, on le sait qu'il s'en va vers ça [désorganisation mentale]. On peut pas rien faire, il y a personne qui va réagir. Faut attendre que son état soit vraiment allé au pire du pire pour qui se passe quelque chose. (M. Gauthier)

Après avoir fait venir les policiers à trois reprises, trois journées d'affilée et ne pas avoir réussi même avec une menace d'amener mon fils à l'hôpital, ça n'a pas de sens. Vous attendez juste qu'il arrive un crime. La loi pousse ces gens-là à dépasser leurs limites. Il n'y a pas moyen de les faire soigner autrement. (M^{me} Côté)

Nous croyons qu'il est important de souligner que selon les participants, la relation entre le proche-aidant et la personne aidée s'est rompue dans 23 % des cas en raison de l'ordonnance, et que cette relation est devenue et demeure très tendue dans 31 % des cas. Ainsi, certains participants évaluent que bien que l'état de santé mentale de la personne aidée se soit amélioré, l'état de leur relation s'est dégradé. Dans tous les cas, cette situation engendrait un niveau de détresse important, ainsi qu'une colère vive face à l'organisation des services en santé mentale ayant mené les proches-aidants au recours judiciaire.

M^{me} Vincent n'a plus de contact avec sa fille depuis qu'elle a été relâchée de sa garde provisoire : « Bon, pis là, on est rendu [à la fin du processus de judiciarisation], pis je suis ici, assise avec toi [avec la chercheuse], pis je suis pas sûre que je le referais, parce que j'ai perdu mon enfant, carrément. J'ai perdu la confiance totale de ma fille. » M. Drouin n'a plus de contact avec son fils. Toutefois, il affirme ne pas regretter d'avoir effectué la démarche, puisque selon d'autres membres de sa famille encore en contact avec son fils, ce dernier serait aujourd'hui en meilleure santé. Malgré tout, il est triste d'avoir perdu ce lien : « Quand il a vu que c'était moi qui avait signé le... qui avait signé la paperasse, là. Que là, on avait dépassé les bornes, que là, c'était intersidéral, là plus jamais il nous parlerait. Fait que, après ça, on s'est plus reparlé. » M^{me} Bonin remet en question sa décision d'avoir demandé l'hospitalisation de sa mère, car cette dernière n'a obtenu ni suivi ni traitement à la suite de sa sortie de garde, et leur relation en est restée grandement fragilisée :

Elle, ce qu'elle m'a dit, c'est que ça lui a fait perdre confiance en moi, sa fille. Que sa fille ait pu lui faire ça, à elle. Qu'elle aurait jamais cru ça [...] Que je sois venue la chercher par la police, tu sais! C'a comme brisé quelque chose. Tu sais, le lien, il y a une partie de brisée un peu entre nous. Fait que ça, je trouve que, des fois, c'est pour ça que je me dis, à refaire, avoir su, peut-être que je ne l'aurais pas fait! C'est que, t'es tellement triste, pis tu t'en veux tellement. Toi, de l'extérieur, tu le sais tellement que c'est un traitement censé aider beaucoup. Donc, je me suis dit : « OK, bon. On prend les grands moyens! » Je me suis convaincue : « Puis, elle va être hospitalisée, ça va bien aller! Elle va se faire soigner et ça va revenir! » C'est un peu ça que je me suis dit! Ouin, c'est ça qui fait que tu te dis : « Oui, OK, c'est gros, mais j'y vais quand même! » Fait que, non c'était comme, c'était un peu ça qui me portait. Pensée magique, peut-être? Je me suis rendu compte, un peu après, avec le recul, que c'est de la pensée magique.

Finalement, plusieurs participants ont souligné l'incohérence d'avoir à la fois un rôle d'aidant et de surveillant face à l'obligation d'engager la personne aidée dans un processus coercitif de judiciarisation visant le contrôle du risque de dangerosité :

Tu sais, comment agir autrement? Je le sais pas. Mais je pense qu'il faut absolument dégager les parents, parce que déjà d'être en support à une personne malade comme ça, c'est déjà énorme! De nous obliger à faire la police pour l'amener à l'hôpital, ça a pas de sens! Ça a aucun bon sens! Pis on peut perdre des parents, parce que la maladie nous guette aussi là. (M^{me} Côté)

Les témoignages des participants nous offrent un regard plus nuancé du recours à la justice dans une visée thérapeutique. En effet, les proches-aidants ne souhaitent pas faire violence à la personne aidée, ils agissent dans une posture de *care*, de bienveillance envers une personne aimée. Cependant, le recours à la justice est de nature coercitive, ce qui risque d'être vécu négativement par la personne ciblée. Comme nous avons pu le constater, cette perception négative est souvent partagée par la personne qui engendre ce type de démarche.

Dans la section suivante, nous aborderons la question de la portée des résultats pour la pratique de l'intervention sociale. À la lumière de leurs récits, nous interrogeons aussi le rôle ambigu, voire contradictoire, joué par les proches-aidants face au phénomène de la judiciarisation des personnes vivant des troubles de santé mentale.

4. Discussion

4.1 Retombées des résultats pour l'organisme partenaire

Les résultats de cette recherche ont servi à baliser et à structurer les services d'accompagnement offerts par l'organisme partenaire, à définir les critères d'admissibilité aux services du programme et à développer des formations et outils d'information pour leurs usagers et leurs divers partenaires. Ainsi, des retombées directes ont pu être constatées avant la publication des résultats de cette recherche. Certaines pistes de solutions ou d'action ont été proposées par les participants et les membres du comité consultatif afin de contribuer à prévenir le recours à la requête ou à réduire les conséquences de cette dernière pour les aidants et les aidés.

58 Certaines pistes d'action peuvent servir aux proches-aidants eux-mêmes, parfois de manière préventive en collaboration avec la personne aidée. Par exemple, il est possible de préparer conjointement avec celle-ci un plan d'action comprenant des consignes à suivre en cas de désorganisation et de dégradation de l'état mental (ainsi que les signes de désorganisation à surveiller). Les proches-aidants peuvent également explorer les solutions alternatives à la requête avant même l'apparition de signes de dégradation de l'état mental de la personne aidée.

D'autres recommandations sont destinées aux intervenants qui interagissent avec des proches-aidants. Elles visent à atténuer les conséquences négatives que peuvent vivre ces derniers et à mieux les informer, notamment de l'ensemble des retombées possibles d'une ordonnance (détention civile/garde en établissement sans garantie de service/suivi/traitement; risque de rupture relationnelle). Il peut s'agir aussi de former une équipe de bénévoles pouvant accompagner les proches-aidants à la cour (et ultimement au poste de police) en cas d'ordonnance et d'assurer un suivi auprès d'eux après la démarche afin de les soutenir, par exemple en cas de rupture relationnelle.

Certaines recommandations peuvent être utiles à la fois aux proches-aidants et aux intervenants. Une stratégie consiste à s'assurer qu'au moins un proche pouvant soutenir la personne aidée ne soit pas mentionné comme requérant de l'ordonnance afin d'éviter que celle-ci souffre d'isolement une fois en garde provisoire. Si possible, il est pertinent d'inclure divers documents d'appui à la requête (lettres du centre de crise, du médecin traitant, des intervenants) afin de soutenir le discours des proches-aidants et d'assurer que cette approche s'avère concrètement le dernier recours afin d'éviter une judiciarisation abusive.

Finalement, il est nécessaire de continuer à revendiquer de meilleurs services destinés aux personnes vulnérabilisées et fondés sur une approche holistique de la personne et de sa famille. Cependant, il faut aussi comprendre le contexte avec lequel les proches, les personnes aidées et les intervenants

doivent composer. De manière macrosociale, des dynamiques de pouvoir participent à créer et à maintenir ces expériences.

4.2 Instrumentalisation de la détresse des proches-aidants

Les participants, chacun à sa manière, ont partagé des récits empreints de colère et de tristesse, et ce, que les retombées pour la personne aidée aient été jugées positives ou non. Leur trajectoire vers l'ordonnance et après celle-ci a été souffrante, pénible, complexe et bien souvent solitaire. Ils présentent leur quête comme celle de « David contre Goliath » : à leurs yeux, il faut livrer un véritable combat pour obtenir une prise en charge médicale et un accès aux services pour la personne aidée. L'expérience des participants se situe au sein d'un phénomène plus large, à savoir une forme institutionnalisée de relâchement quant au respect des droits à la dignité et à la pleine citoyenneté des populations marginalisées (Castel, 1994). Les personnes vivant des troubles de santé mentale qui résistent ou qui ne parviennent pas à s'insérer dans les trajectoires de services balisées du réseau public font face à des abandons multiples. Les participants à notre recherche ressentent directement l'écart entre les discours officiels des gouvernements et les pratiques qui ont cours au sein des milieux de la santé et de l'intervention psychosociale avec lesquels ils interagissent. Malheureusement, une valeur et une pertinence ne sont accordées à leurs discours qu'une fois devant la Cour du Québec. Alors que les proches-aidants effectuent ce qu'ils considèrent une démarche de dernier recours pour obtenir des services, l'État considère plutôt leur démarche comme une obligation citoyenne visant la réduction du risque de dangerosité et la protection civile. Il existe donc des divergences entre les objectifs de ces parties.

Les proches-aidants sont en quelque sorte prisonniers d'un dispositif médico-légal qu'ils dénoncent, mais qu'ils doivent interpeller pour soulager leur détresse et leurs inquiétudes ou obtenir des services pour la personne aidée. Être proche-aidant d'une personne vivant des troubles de santé mentale, au-delà des responsabilités liées au soutien émotif, logistique, affectif, matériel et financier, pour ne nommer que ces dimensions du *care*, implique malheureusement d'agir aussi comme dénonciateur et surveillant. Ce double rôle se déploie dans une modalité relationnelle et interactionnelle, que nous avons nommée le *care* coercitif (Larose-Hébert, 2020). Cette relation tendue, presque inconciliable, est imposée par la structuration même de l'offre de services, ainsi que par les discours et les pratiques qui s'y déploient. Ce rapport à la personne malade, à la fois contraignant et bienveillant, peut être inconfortable. En effet, devoir se présenter à la cour afin de demander une imposition d'évaluation psychiatrique est une expérience souvent souffrante, qualifiée même de traumatisante par certains participants. De plus, cette démarche, comme nous l'avons mentionné précédemment, n'est pas une fin en soi : elle n'offre aucune assurance quant aux retombées thérapeutiques pour la personne ciblée par l'ordonnance. Toutefois, elle engendre inévitablement une judiciarisation de la situation. Tous les participants à l'étude ont indiqué que la personne aidée était très isolée; certains de ces proches-aidants représentaient l'entièreté de son réseau social. Dans ce contexte, le dépôt d'une requête d'ordonnance de garde provisoire par un aidant fait subir des risques supplémentaires à la personne vivant des troubles de santé mentale.

Nous constatons également que l'ordonnance de garde provisoire s'inscrit dans une logique curative, plutôt que préventive, ayant nécessité l'aggravation de la décompensation de l'état mental pour qu'une intervention puisse être effectuée. De surcroît, cette intervention tardive est coercitive et vécue de manière punitive par la personne ciblée. Ce type d'approche place le risque sur les épaules de la personne vivant des troubles de santé mentale, ce qui met en péril sa santé, son bien-être, sa sécurité, etc. La problématique est ainsi individualisée, étant causée, selon cette logique, par la personne dangereuse. En ce sens, l'approche curative ne remet pas en question l'offre de services

en santé mentale, notamment les enjeux liés à son accessibilité. En effet, plusieurs participants à cette recherche ont exposé des interventions qui auraient pu être effectuées afin de prévenir la crise, dont les suivantes : accroître l'accès à des logements subventionnés avec soutien, offrir davantage d'espace de socialisation et de loisirs, mettre en place des services de proximité, accroître l'accès à des services de psychothérapie, inclure les familles dans les plans de soins, offrir de la formation et de l'accompagnement aux proches-aidants, assurer un revenu décent aux personnes en situation d'incapacité et, enfin, réduire la stigmatisation en santé mentale. Nous croyons que les inégalités sociales contribuent à engendrer des situations de crise ainsi que certaines problématiques de santé mentale. Ainsi, comme l'ont souligné certains proches-aidants, le fait d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pourrait aider à réduire le recours au système judiciaire.

CONCLUSION

Les résultats de cette recherche, bien que de portée limitée, font ressortir la nécessité de développer des connaissances sur le rôle et l'expérience des proches-aidants et des familles dans les divers processus menant à la judiciarisation des personnes vivant des troubles de santé mentale. Notamment, notre recension des écrits montre qu'à l'exception d'un mémoire de maîtrise (Larochelle, 2015), aucune recherche n'a porté directement sur la participation des proches-aidants aux phénomènes de judiciarisation et de criminalisation de la maladie mentale au Québec, et ce, bien que des données montrent qu'ils y jouent un rôle central, très fréquemment à l'origine du processus (Otero, Morin et Labrecque-Lebeau, 2010). Les efforts et les pratiques de déjudiciarisation se multipliant actuellement au Québec (MacDonald et Dumais-Michaud, 2015), il nous paraît important, pour pouvoir concrètement transformer les tendances à la judiciarisation de l'accès aux services, de mieux comprendre les motivations et le contexte au sein duquel certains acteurs de la communauté font appel à la justice pour intervenir auprès des personnes vivant des troubles de santé mentale.

ABSTRACT:

The phenomenon of the judicialization of mental illness is closely linked to factors such as deinstitutionalization and the difficulty of accessing health services as well as stigmatization. Judicialization can take a number of avenues. The one addressed in this article is the one taken, as a last resort, by the majority of families and loved ones. In fact, Bill P-38 allows them, via a petition for provisional custody to the Court of Québec, to compel a person to submit to a psychiatric evaluation. This participatory research seeks to explore the experience of caregivers who have resorted to this type of petition in a crisis. In order to better understand the circumstances that motivated this coercive measure, we interviewed 26 caregivers who have taken this route. Our results reveal an organization of mental health services that favours a curative approach likely to provide caregivers and other stakeholders with the tools to deal with deterioration in the health and wellbeing of the person who is deemed to present a danger. It was the inadmissibility and acute distress of the person involved as well as his immediate entourage, therefore, that made it necessary to resort to the judicial system. What should, according to the law, be an exceptional measure appears to have become, in practice, a form of access to services in the context of the reorganization and reform of Québec's health and social services.

KEYWORDS:

Caregiver, request for provisional custody, Bill P-38, judicialization, mental health

RÉFÉRENCES

- Anadon, M. et C. Couture (2007). « Présentation » : 1-10, dans M. Anadon (sous la dir.), *La recherche participative. Multiples regards*, Québec : PUQ.
- Beaucage, C., Racine, P. et I. Mauger (2014). *Prévenir la détresse psychologique chez les aidants dont un proche est atteint d'un trouble mental grave : étude d'évaluation des besoins*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 95 p.
- Beaudoin, O. et J. M. Robert (2012). « Santé mentale et justice : perspective des proches-aidants, un sentiment d'impuissance », *Le Partenaire*, vol. 20, 21-28.
- Bonin, J. P., Lavoie-Tremblay, M., Lesage, A., Briand, C. et M. Piat (2012). P-590 – Situation of Families of Mentally Ill Persons in a Context of Change in Mental Health System : a Time for Stakeholders and Families Collaboration, *European Psychiatry*, vol. 27 (suppl. 1), Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry.
- Bonin, J.-P., Lacasse-Bédard, J., Latimer, E., Denis, V., Larue, C., Pelletier, J.-F. et P. Goering (2013). « Le rôle des familles de personnes en situation d'itinérance et souffrant de troubles mentaux : un regard rétrospectif et prospectif des liens », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 1, 143-163.
- Bonin, J.-P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H., Jacques, M.-C. et D. St-Cyr Tribble (2014). « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 1, 159-173.
- Castel, R. (1994). « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 22, 11-27.
- Cardinal, C. (2001). « La police, un intervenant de première ligne pour le réseau de la santé mentale » : 447-469, dans H. Dorvil et R. Mayer (sous la dir.), *Problèmes sociaux II*, Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Carpentier, N. (2001). « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 1, 79-106.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et E. Chartrand (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*, rapport de recherche, École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM), Université de Montréal.
- Crocker, A. et G. Côté (2010). « Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche », *Le Partenaire*, vol. 19, n° 1, 4-11.
- Dallaire, M. (2002), *Cadres de collaboration des approches participatives en recherche : recension d'écrits*, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC, Université de Montréal.
- Daneau, S., Goudreau, J. et C. Sarrazin (2014). « Analyse des obstacles à l'intervention infirmière auprès des familles dans les unités de soins de santé mentale à la lumière du modèle de changement de Colletette », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 11, n° 2, 21-32.
- Dumais-Michaud, A.-A. (2017). « Accompagnement et injonctions sociales dans les tribunaux de santé mentale », *Revue générale de droit*, vol. 47 (hors-série), 127-148.
- Fradet, H. (2009). « Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, 31-38.
- Frappier, A., Vigneault, L. et S. Paquet (2009). « À la fois malade et criminalisé : témoignage d'une double marginalisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, 21-30.
- Guignon, S. et J. Morrisette (2006). « Quand les acteurs mettent en mots leur expérience », https://www.researchgate.net/publication/255618165_Quand_les_acteurs_mettent_en_mots_leur_experience
- Harisson, S. (2016). « L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier estonarien : une étude sociohistorique », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, vol. 2, n° 1, 41-48.
- Jaimes, A. et A. Crocker (2010). « Réussites et défis du Programme d'accompagnement justice-santé mentale : un regard sur la première année de fonctionnement », *Le Partenaire*, vol. 19, n° 1, 14-24.
- Larochelle, D. (2015). *Garde en établissement de santé, évaluation psychiatrique et accès aux soins : point de vue des familles*, mémoire de maîtrise, École de travail social, Université de Montréal, 151 p.
- Larose-Hébert, K. (2020). *Le silence sur nos maux. Transformation identitaire et psychiatrisation*, Québec : PUQ.
- La Boussole (2016). *Rapport d'activité 2015-2016*, Ville de Québec.

- Lavallée, J. (2009). *La perception des proches-aidants en santé mentale de l'adéquation entre les services reçus d'un établissement psychiatrique et leurs besoins de services*, mémoire de maîtrise, École de service social, Université Laval.
- Livingston, J., Wilson, D., Tien, G. et L. Bond (2003). « A Follow-up Study of Persons Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in British Columbia », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 6, 408-415.
- Lohrer, S., Lukens, E. P. et H. Thorning (2007). « Economic Expenditures Associated with Instrumental Caregiving Roles of Adult Siblings of Persons with Severe Mental Illness », *Community Mental Health Journal*, vol. 43, n° 2, 129-151.
- MacDonald, S.-A. et A.-A. Dumais-Michaud (2015). « La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 27, n° 2, 161-177.
- Massé, G. (2007), « L'hospitalisation sous contrainte », *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 17, 65-77.
- Moreau, D. (2008). « Après l'asile : la reconfiguration des tensions entre soins, sécurité et liberté dans le traitement social des troubles mentaux », *Labyrinthe*, vol. 29, n° 1, 53-64.
- Morin, D., Landreville, P. et D. Laberge (2000). « Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice », *Criminologie*, vol. 33, n° 2, 81-107.
- Otero, M., Landreville, P., Morin, D. et G. Thomas (2005). *À la recherche de la dangerosité « mentale », Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la loi P-38.001 par l'UPS-J, CRI.*
- Otero, M. (2010). « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles », *SociologieS [En ligne]*, Théories et recherches.
- Otero, M., Morin, D. et L. Labrecque-Lebeau (2010). *Judiciarisation, vulnérabilité et maladie mentale à Montréal*, Montréal, rapport de recherche, FRSQ.
- Québec (2011). *Rapport du protecteur du citoyen pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale.*
- Provencher, H. L., Perreault, M., St-Onge, M. et M. Rousseau (2003). « Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 10, 592-607.
- Rousseau, M. (1998). *Portrait de famille : étude exploratoire sur les variables associées au vécu des membres d'associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale*, Québec, FFAPAMM.
- Saint-Charles, D. et J.-C. Martin (2001). « De la perspective d'« aidant naturel » à celle de « proche-soignant » : un passage nécessaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 2, 227-244.
- Steadman, H. J., Mulvey, E., Monahan, J., Clark Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L. et E. Silver (1998). « Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 55, n° 5, 393-401.
- St-Onge, M., Béguet, V. et P. Fougereyrollas (2002). « Qualité et conditions de collaboration avec les familles perçues par le personnel de réadaptation en milieu psychiatrique et de déficience physique », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 21, n° 1, 115-135.
- Weimand, B. M., Hedelin, B., Sällström, C. et M. L. Hall-Lord (2010). « Burden and health in relatives of persons with severe mental illness : A Norwegian cross-sectional study », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, 804-815.
- Wilkinson, C. et S. McAndrew (2008). « "I'm Not an Outsider, I'm his Mother!" A Phenomenological Enquiry Into Carer Experiences of Exclusion From Acute Psychiatric Settings », *International Journal of Mental Health Nursing*, p. 392-401.