

Session

Désinstitutionnalisation et care au Québec: clinicalisation et judiciarisation sur le continuum de services

La régulation en continuum : passer de la prise en charge au soutien

Guillaume Ouellet, chercheur au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeur associé à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

La notion de « continuum de services » trouve ses origines du côté de la médecine de première ligne aux États-Unis dès la fin des années 50. À l'origine, l'idée de continuum concerne l'inscription d'un patient dans un système de soins qui se déploie au long cours. Puis, la notion traverse progressivement les frontières disciplinaires et physiques en se redéfinissant à chacune des occasions. Au Québec, c'est du côté de la traumatologie que la notion de continuum de service émerge. Il s'agit alors d'offrir aux personnes concernées un éventail de services mieux coordonnés, plus accessibles et plus personnalisés. L'idée gagne ensuite le vaste champ de la santé mentale. Comme les enjeux de santé mentale concernent des aspects biologiques, psychologiques, mais également sociaux, l'offre de service en continuum doit prendre en compte l'ensemble des domaines du social. Cela conduit à l'extension du réseau de professionnels susceptibles d'intervenir sur l'un ou l'autre des domaines concernés. Ainsi, infirmiers, travailleurs sociaux, policiers, avocats, psychoéducateurs, sexologues, agents de probation, gestionnaires du réseau sociosanitaire, etc. peuvent être amenés à constituer un continuum de services pour un seul et même individu.

Pour saisir comment se met en place un tel continuum, nous avons choisi de convoquer les professionnels impliqués dans le phénomène de judiciarisation de personnes composant avec un handicap intellectuel. La question était de savoir comment l'hybridation de pratiques et de programmes institutionnels distincts pouvait s'harmoniser et conduire à produire une séquence d'intervention conséquente. Les analyses des ateliers de travail que nous avons réalisés dans quatre régions de la province démontrent que les professionnels mobilisés souscrivent effectivement à l'idée de participer à un continuum cohérent, souple et coordonné. De plus, ils le font en misant sur décloisonnement sectoriel, en prônant les vertus de l'interdisciplinarité et en faisant appel à l'importance de mettre fin au travail « en silo ». Toutefois, malgré ces aspirations qui témoignent de la bonne volonté individuelle, l'articulation d'un continuum de services demeure structurellement ardue et, dans certains cas, sa faisabilité s'avère tout simplement questionnable.

Bibliographie indicative

Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1449–56.

Comité consultatif sur l'implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers d'urgence. Services préhospitaliers d'urgence au Québec : chaque minute compte ! Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 1992.

Jee, S. H. (2006). Indices for continuity of care: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(2), 158-188. doi:10.1177/1077558705285294

Starfield B. *Primary Care. Concept, Evaluation and Policy*. New York, NY: Oxford University Press, 1992.

Clinicalisation des pratiques policières et judiciaires: surveillance et contrôle ou thérapie?

Emmanuelle Bernheim, professeure titulaire, Section de droit civil, Faculté de droit, Université d'Ottawa, Chaire de recherche du Canada en santé mentale et accès à la justice

Intégrés au continuum de services, les services policiers et judiciaires sont dorénavant en première ligne dans la gestion des problèmes sociaux, notamment en santé mentale où ils interviennent en situation de crise. Ces interventions des professionnel·les de la sécurité publique et du droit dans le domaine de la santé mentale sont considérées comme des mesures de nature thérapeutique, permettant l'accès à des soins et services difficiles à obtenir, mais aussi de "convaincre" les personnes récalcitrantes de se soumettre à des traitements. Au Québec, à la suite de plusieurs états américains et provinces canadiennes, le développement d'équipes policières et de tribunaux pénaux spécialisés en santé mentale est en pleine progression, de même que le recours aux procédures judiciaires civiles pour interner et traiter de force. Ces dispositifs sont le plus souvent étudiés pour leur apport thérapeutique, présentés comme des mesures de "déjudiciarisation" permettant d'éviter la prison. Ils posent pourtant plusieurs questions en termes de surveillance et de contrôle hors les murs des institutions, via des procédures beaucoup moins strictes et présentant beaucoup moins de garanties judiciaires que les procédures criminelles.

Cette problématique, peu étudiée, sera traitée à partir des résultats de plusieurs recherches ethnographiques et qualitatives menées dans le district judiciaire de Montréal depuis plus d'une décennie. Seront mis en tension les discours des principaux protagonistes sur leurs pratiques avec les observations faites sur le terrain. Plus spécifiquement, je présenterai les résultats d'une analyse de discours d'entrevues individuelles et de groupes menée avec des policiers, des avocat·es et des juges, de même qu'une analyse inductive de notes d'observation d'audiences judiciaires.

Ainsi, la problématique sera développée sous deux axes. Dans un premier temps, je présenterai comment les policiers et juristes impliqués dans les procédures en santé mentale conçoivent les objectifs et les effets de leur travail sur les personnes concernées. Je traiterai plus particulièrement de leur discours sur l'hybridation et la dimension thérapeutique de leurs pratiques. Dans un second temps, j'aborderai la question des droits judiciaires et civils des personnes faisant l'objet de ces procédures, plus particulièrement les droits à une défense pleine et entière et au consentement aux soins. Je conclurai avec une réflexion sur le traitement en tant que dispositif de contrôle.

Bibliographie indicative

- Boyd J., Kerr T., 2016, Policing “Vancouver’s Mental Health Crisis”: A Critical Discourse Analysis, *Crit Public Health*, 26, 4, 418-433.
- Dempsey C., Quanbeck C., Bush C., Kruger K., 2019, “Decriminalizing mental illness: specialized policing response”, *CNS Spectrums*, 1-15.
- Kittrie N.N., 1971, *The Right to be Different: Deviance and Enforced Therapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Polsky A., 1991, *The Rise of the Therapeutic State*, Princetown, PUP.
- Stuart F., 2016, *Down Out, and Under Arrest: Policing and Everyday Life in Skid Row*, Chicago, UCP.
- Rembis, M., 2014, “The New Asylums: Madness and Mass Incarceration in the Neoliberal Era” dans L. Ben-Moishe *et al* (dir.), *Disability Incarcerated – Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, New York, Palgrave Macmillan, 139–159.
- Rose S. F., 2017, *No Right to Be Idle: The Invention of Disability, 1840-1930s*, Chapel Hill, UNCP.
- Szasz T. 1984, *The therapeutic state: Psychiatry in the Mirror of Current Events*, Buffalo, Prometheus Book.
- Thom K. et I. Nakarada-Kordic, 2014, “Mental Health Review Tribunals in Action: A Systematic Review of the Empirical Literature”, *Psychiatry, Psychology and Law* 21, 112–126.
- Wexler D., 1990, *Therapeutic jurisprudence: The law as a therapeutic agent*, North Carolina, Carolina Academic Press

Lorsque les pratiques d’intervention se heurtent aux logiques d’exception : Quel rôle pour les agents thérapeutiques dans la clinique de la contrainte ?

Pierre Pariseau-Legault, professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

L’intervention coercitive en santé mentale laisse, à première vue, peu de marge de manœuvre aux acteurs thérapeutiques. La littérature scientifique récente à ce propos conceptualise et décrit la contrainte comme un “mal nécessaire”, traduisant un écart important entre les représentations idéalisées de l’intervention médico-sociale et ses opérations courantes. Si on peut difficilement ignorer que la contrainte participe au maintien de la violence symbolique caractérisant le dispositif psychiatrique, peut-on nécessairement prétendre au manque d’agentivité de ces acteurs ?

Le recours à la contrainte en psychiatrie est bien souvent étudié selon un présupposé prescriptif et athéorique. Ce présupposé contribue au maintien d’une vision hiérarchique et positiviste du droit, qui dès lors posséderait sa propre rationalité. Les acteurs thérapeutiques sont ainsi confinés à un rôle technique d’application et de gestion procédurale de la contrainte. Cette présentation s’inspire de deux terrains de recherche ethnographiques récemment menés dans le champ de l’intervention médico-sociale. Elle propose une grille d’analyse constructiviste du droit psychiatrique, qui se construit au fil des interactions et dont le caractère reste indéterminé. C’est donc en étudiant les usages sociaux et l’effectivité du droit psychiatrique, plutôt que le droit psychiatrique en lui-même, qu’il est possible de rendre compte de l’agentivité des acteurs thérapeutiques.

Cette présentation aborde deux dimensions importantes de la prise en charge contemporaine des problèmes sociaux par l’institution et ses acteurs. D’une part, elle propose une analyse de la contrainte sous l’angle du pouvoir discrétionnaire attribué aux acteurs thérapeutiques en psychiatrie. D’autre part, elle soulève l’enjeu de la médicalisation croissante des pratiques d’interventions et des conflits d’allégeance auxquels ils sont confrontés. Bien qu’une réification

importante du rôle attribué aux acteurs thérapeutiques soit à l'œuvre, des espaces de résistance sont observés et laissent présager différentes possibilités de réinvestissement des pratiques d'intervention.

Bibliographie indicative

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. Les autorisations judiciaires de soins : le trou noir de la psychiatrie. 2014. Disponible sur <http://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>. Consulté le 15 juin 2020.

Foucault M. Des espaces autres. In : Defert D et Ewald F (ed.). Michel Foucault : Dits et écrits – Tome IV. Paris : Gallimard, 1994 ; 752-763.

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.

Wexler DB. Therapeutic justice. Minnesota Law Review 1972; 57: 289-338.