UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UNE SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE : TRIPLE CONFORMITÉ, DANGEROSITÉ ORDINAIRE ET CONTRAINTES COMPOSITES

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR
AUDREY-ANNE DUMAIS MICHAUD

AOÛT 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX vii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES viii

RÉSUMÉ ix

ABSTRACT xi

INTRODUCTION 1

VOLET I HYBRIDATION DU DROIT ET DE LA PSYCHIATRIE 8

CHAPITRE I LE SYSTÈME JUDICIAIRE AU CARREFOUR DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOCIAL 13

1.1 Introduction 13

1.2 Le système judiciaire et les problèmes de santé mentale : un panorama 16

1.2.1 La période coloniale : tensions dans les réponses institutionnelles 16
1.2.2 Ambivalence, réformes et redéfinition 25
1.2.3 Des changements législatifs témoignant d'une montée sécuritaire 35

1.3 La définition de troubles mentaux dans le Code criminel 44

1.4 La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM) 50

1.5 L'aptitude à subir son procès 52

1.6 Les troubles mentaux dans le contexte du droit civil au Québec 54

1.7 Prédominance de l'expertise psychiatrique 60

CHAPITRE II ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE 65

2.1 Introduction 65

2.2 L'enfermement social 66

2.2.1 La naissance de l'asile : traiter la folie 67
2.2.2 Le traitement des aliénés au Québec 70

2.3 La désinstitutionnalisation : transformer l'asile en hôpital 76

2.4 Soigner dans la communauté....84
2.4.1 La santé mentale comme nouvelle règle du social....85
2.5 Transformation des interventions en psychiatrie légale....92
2.5.1 Les équipes mobiles de crise....92
2.6 Le modèle des interceptions....96

VOLET II CIBLER, RÉGULER ET TRAITER LES TROUBLES MENTAUX DANS LE SYSTÈME JUDICIAIRE....103

CHAPITRE III TROUBLES MENTAUX, DANGEROSITÉ ET VIOLENCE....106
3.1 Introduction....106
3.2 Survol des délits et des peines....107
3.3 Troubles mentaux et violence....108
3.4 D'individu « dangereux » à individu « à risque »....112
3.5 La nouvelle pénologie....119
3.6 Le système pénal et la responsabilisation des acteurs....121

CHAPITRE IV LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE : UNE HYBRIDATION DANS LES PRATIQUES....127
4.1 Introduction....127
4.2 La justice thérapeutique : fondements et postulats....129
4.3 Portée et définition du thérapeutique....131
4.4 Les tribunaux de santé mentale....133
4.4.1 Le fonctionnement des tribunaux de santé mentale....134
4.4.2 Coercition et surveillance dans les TSM....138
4.4.3 L'admissibilité aux TSM....143
4.4.4 L'arrimage aux services de soins et la notion de confidentialité....144
4.4.5 L'efficacité des tribunaux de santé mentale....148

VOLET III UNE ENQUÊTE SUR LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE....154

CHAPITRE V DÉFINITION DE L'OBJET DE RECHERCHE....156
5.1 Introduction....156
5.2 Ce que l'enquête vise à documenter....157

CHAPITRE VI MÉTHODOLOGIe et terrain de recherche 159

6.1 Introduction 159

6.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données d'enquête 160

6.2.1 L'approche mixte 160
6.2.2 Questions éthiques 163
6.2.3 La collecte de données 164

6.3 Stratégie d'analyse des données 174

6.3.1 Les données quantitatives : du nettoyage à l'analyse statistique 174
6.3.2 Les données qualitatives 175

6.4 Limites et biais méthodologiques 180

6.5 Présentation sommaire du terrain 181

6.5.1 La cour municipale de la Ville de Montréal 181
6.5.2 Le Programme d'accompagnement justice – santé mentale de la cour municipale de Montréal 185
6.5.3 Les procédures et applications du tribunal 188

VOLET IV NOUVELLE LOGIQUE HYBRIDE D'INTERVENTION sociojudiciaire 197

CHAPITRE VII LA DANGEROSITÉ ORDINAIRE 201

7.1 Introduction 201

7.2 Le profil des personnes accusées dans un tribunal de santé mentale 202

7.3 Le cheminement de la personne accusée dans le tribunal 205

7.3.1 Les raisons des audiences au tribunal de santé mentale 205
7.3.2 La détention au moment de la comparution 209
7.3.3 Les agentes de liaison dans la trajectoire judiciaire 210
7.3.4 Les types d'accusations portés 212
7.3.5 Conclusion des dossiers 214
7.3.6 Les conditions émises par le tribunal 216
7.3.7 Les conditions émises en fonction des accusations 219

CHAPITRE VIII AU CŒUR DE LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE 225

8.1 Introduction 225

8.2 Transformation de la figure déviante en une figure canonique 227

8.2.1 Le devoir de se conformer 227

8.2.2 La volonté de s'en sortir 233

8.3 Aider les personnes à s'aider 244

8.3.1 Une confiance mitigée envers l'individu 245
8.3.2 Vouloir rendre justice 252
8.4.1 Un moyen d'échange 258

CHAPITRE IX ENTRE RISQUE MENTAL ET RISQUE SOCIAL : AMBIGUÏTÉ DANS LES PRATIQUES 276

9.1 Introduction 276

9.2 La petite criminalité 277

9.3 Le risque social 282

9.4 Le risque mental 311

CHAPITRE X VERS UNE SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE 323

10.1 Introduction 323

10.2 Le fonctionnement des tribunaux de santé mentale 324

10.3 Le modèle de la justice thérapeutique 326

10.3.1 La dangerosité ordinaire 331
10.3.2 Les contraintes composites 335

10.4 La régulation du social par le judiciaire : prise en charge de la fragilité sociale 345

10.4.1 Entre désinstitutionnalisation et institutionnalisation 345

CONCLUSION 354

RÉFÉRENCES 363

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Le modèle séquentiel des interceptions (Munetz et Griffin, 2006) 97

Figure 2.1 Comparaison des couts entre un TSM et un tribunal régulier (Steadman *et al.*, 2014, p. 1102) 151

Figure 6.1 Emplacement physique de l'étudiante-chercheure dans la salle R-30.....168

Figure 6.3 Cheminement des personnes détenues au moment de la référence au PAJ-SM (Provost, 2011).....190

Figure 6.4 Cheminement des personnes en liberté au moment de la référence au PAJ-SM (Provost, 2011).....194

Figure 10.1 : Le fonctionnement hybride des tribunaux de santé mentale 325

Figure 10.2 Le modèle de la justice thérapeutique.....329

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 6.1 : Exemple d'informations se retrouvant sur le rôle 171

Tableau 6.2 : Types de données quantitatives récoltées 172

Tableau 6.3 : Processus de codification.....179

Tableau 7.1 : Présence de la personne au moment de l'audience devant le juge.....204

Tableau 7.2 : Présence de la personne au moment de l'audience selon qu'elle soit représentée ou non par un avocat.....204

Tableau 7.3 : Raisons de la comparution de la personne accusée.....208

Tableau 7.4 : Proportion de personnes accusées détenues au moment de la comparution 209

Tableau 7.5 : Rencontre avec une agente de liaison selon le type d'audience.....211

Tableau 7.6 : Nombre d'accusations portées au tribunal de santé mentale selon leur type.....213

Tableau 7.7 : Nombre de sentences prononcées au tribunal de santé mentale selon leur type.....215

Tableau 7.8 : Occurrence des conditions émises par le tribunal selon leur type.....217

Tableau 7.9 : Nombre de sentences auxquelles des conditions ont été rattachées....218

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CRDC	Commission de réforme du droit du Canada
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESUP	Équipe de soutien aux urgences psychosociales
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
IUSMM	Institut universitaire santé mentale de Montréal
JT	Justice thérapeutique
NRCTM	Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAJ-IC	Programme d'accompagnement en juste – itinérance
PAJ-MA	Programme d'accompagnement en justice – Maltraitance aux ainés
PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice-santé mentale
SDF	Sans domicile fixe
SPVM	Service de police de la ville de Montréal
UPS-J	Urgence psychosociale-justice
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TPL	Trouble de personnalité limite
TSM	Tribunaux de santé mentale

RÉSUMÉ

Cette thèse explore la régulation des personnes ayant des problèmes de santé accusées de délits. Afin de diminuer la surreprésentation des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le système judiciaire canadien, les tribunaux spécialisés ont émergé comme une alternative aux tribunaux traditionnels. Les tribunaux de santé mentale s'inscrivent dans la famille des tribunaux spécialisés et proposent une réponse plus adaptée pour les personnes accusées. S'inscrivant dans la philosophie de la justice thérapeutique, ces tribunaux proposent d'arrimer la personne avec une équipe traitante, d'augmenter son bien-être tout au long des procédures et de s'attaquer aux causes des accusations, soit les problèmes de santé mentale. Cette thèse vise à répondre à la question : qu'est-ce que la justice thérapeutique dans les tribunaux de santé mentale ?

La présente enquête a eu lieu dans un tribunal de santé mentale à Montréal. Utilisant une méthodologie mixte, cette thèse a analysé le discours et les pratiques des acteurs judiciaires et des justiciables interpelés par ce tribunal. Des analyses statistiques ont aussi été réalisées. Au sortir des analyses, des thèmes larges se rattachant à la justice thérapeutique ont émergé. De manière générale, ces tribunaux fonctionnent sur un mode hybride selon la perception du risque qui est associée au justiciable. Selon que ce dernier représente un risque social ou un risque mental, les acteurs du tribunal mettront en place des stratégies et des pratiques ancrées dans le soin ou encore dans la punition.

Les résultats ont aussi permis de construire un modèle de la justice thérapeutique mettant en lumière trois thèmes centraux : la triple conformité, qui désigne ce qui est recherché par les acteurs du tribunal relevant du social, du mental et du judiciaire; les contraintes composites, qui sont nécessaires au fonctionnement du tribunal visant tantôt le soin, tantôt la punition, faisant émerger du même coup l'idée d'une justice protectionnelle et d'une justice sanctionnelle ; et enfin, la dangerosité ordinaire, qui propose que la fragilité sociale influence les pratiques de la magistrature ainsi que les raisons qui mènent les personnes à avoir des démêlées avec la justice plutôt que seulement les problèmes de santé mentale. De plus, il est apparu que les procédures déployées dans le dispositif étudié ne visent pas tant à faire appliquer le droit qu'à soumettre les personnes intimées à une série de contraintes débordant largement du cadre judiciaire et s'ingérant dans leur quotidien.

Les tribunaux de santé mentale représentent ces nouveaux dispositifs contemporains éclatés, complexes et hybrides où s'entrecroisent des pratiques classiques (éduquer, contrôler, punir) et contemporaines (accompagner, responsabiliser, autonomiser).

Mots clés : justice thérapeutique, hybridation, tribunaux de santé mentale, contrainte, dangerosité ordinaire, conformité.

ABSTRACT

This dissertation explores the regulation of people with mental health problems who are repeatedly take up in the Canadian justice system. Over the past decade, 'specialized' (or problem-solving) courts have emerged as an alternative to traditional punishment frameworks, which have been seen as ineffective in addressing chronic and recurring forms of criminal involvement. In tandem, an awareness that an alarming number of mentally ill people are caught up in the criminal justice system has taken centre stage. Mental health courts belong to a broad category of diversion programs that aim to offer a different and more compassionate response to accused. Inspired by the philosophy of therapeutic justice, these courts aim to connect the person with a treatment team, to increase their well-being throughout the procedures and to tackle the causes of the accusations, namely mental health problems. This thesis aims to answer the question: what is therapeutic justice in mental health courts? And how is it deployed?

To answer this question, a mixed methodology was deployed in a Mental health court in Montreal. Collecting data through a bridging of methods, of observations during court proceedings, as well the quantitative data produced by court functions, this dissertation analyzes court actors' discourses and practices, as well as statistical data produced by the tribunal. The analysis demonstrates strong themes related to what therapeutic justice means, how it is produced, and to what effect, emerge. In general, these tribunals operate as hybridized models of justice – based on preventative, rehabilitative, and punitive stratagems - combining justice, health and social services

practices and discourses. It was found that based on the court actor's weighing of social risk versus mental risk, strategies based on either a care ethos, or a punishment framework, materialized. However, we argue that both of these stratagems are embedded in varying forms of control.

The results also helped to build a model of therapeutic justice where three central themes are discussed. First, a triple conformity where social, mental and judicial goals realms are placed upon the accused. Second, the constraints situated between care and punishment, highlight a protective and penal justice. Finally, the ordinary dangerousness, understood in this analysis, notes that social fragility heavily influences the magistrature and the litigants trouble with the law rather than only mental health problems. In fact, the social and material condition of the people arrested by the court influences the offences which they are accused of. Furthermore, it appears that the procedures deployed in the courts studied are not so much intended to enforce the law, but to subject the respondents to a series of constraints from beyond the legal framework thus interfering in their daily lives.

Mental health courts represent these new, fragmented, complex and hybrid contemporary devices where traditional methods (of education, control, punishment) and innovative practices (of support and empowerment) intersect.

Keywords : thérapeutic justice, hybridation, mental health court, ordinary dangerousness, conformity, constraints.

INTRODUCTION

Rael Jean Isaac et Virgina C. Armat publiaient en 1990 un ouvrage fort intéressant sur les enjeux politiques et culturels entourant l'itinérance, la santé mentale et les droits des personnes ayant un problème de santé mentale (Isaac et Armat, 1990). Leur ouvrage, *Madness in the Streets : How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill* documente la circulation des personnes ayant des problèmes de santé mentale de l'asile à la rue. Pour autant, on peut se demander si, aujourd'hui, les tribunaux ne représentent pas le nouveau visage institutionnel de la prise en charge de problèmes sociaux complexes, et ce, pour diverses raisons politiques, sociologiques et historiques. Pourquoi et de quelle manière ces stratégies d'intervention se sont-elles transformées, passant de l'asile à l'hôpital, à la rue puis au tribunal ?

Dans un article publié en 2015, Didier Fassin propose quelques pistes de réponses. S'intéressant à la prévalence de troubles mentaux au sein de la population carcérale en France, l'auteur fait un bond dans le passé afin de retracer la naissance de l'asile et des premiers liens avec la prison. C'est ainsi que l'on apprend que, pendant plusieurs décennies, ces deux institutions se sont développées en parallèle. Certains grands principes ont d'ailleurs permis cette séparation institutionnelle, tels la distinction entre fous et criminels et l'adoucissement de la prise en charge pour soigner les premiers et corriger les seconds (Fassin, 2015). Historiquement, si les statistiques tendent à démontrer que l'asile a connu une augmentation de sa population supérieure à celle de la prison, on observe l'inverse dès la seconde moitié du XXe siècle : l'asile enregistre un recul significatif alors que la population carcérale fait face à une augmentation

importante. Pour Fassin, outre les avancées pharmacologiques et le développement de structures d'accompagnement hors institution, ce nouveau paysage institutionnel s'explique par un niveau de « tolérance différent à l'égard des personnes ayant un problème de santé mentale et une intolérance envers la délinquance » (2015, p. 84). Mais qu'en est-il des personnes présentant à la fois un problème de santé mentale et des comportements qui contreviennent à la loi ? Des personnes fragiles psychologiquement, voire socialement se retrouvent dès lors condamnées au lieu d'être soignées.

Les logiques d'intervention entourant les cas de folie, de déviance, de vulnérabilité et de marginalité ont suscité de nombreux débats. Si auparavant on enfermait toute personne qui dérangeait l'ordre social, qu'elle soit coupable d'homicide ou encore de mendicité ou de folie, on peut se demander de quelle manière on régule aujourd'hui ce qui pose problème. De manière générale, on remarque que l'institution s'est considérablement transformée à travers les années, passant d'une institution totale et totalisante à une institution plus humaine, accueillante, et surtout œuvrant de plus en plus hors les murs.

La thèse s'ouvre sur ce constat : les personnes ayant un problème de santé mentale sont surreprésentées dans le système judiciaire. En effet, en 2011-2012, le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada sonne l'alarme : 36 % des personnes sous responsabilité fédérale avaient été jugées, au moment de leur admission, comme ayant besoin d'un suivi psychiatrique. De plus, un rapport indique que 45 % des hommes et 69 % des femmes avaient reçu des soins en santé mentale en établissement préalablement à leur incarcération (Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, 2012). Les données suggèrent également que la prévalence des problèmes de santé

mentale chez les personnes sous responsabilité fédérale aurait augmenté depuis les années 1960.

Afin de répondre à cette situation, la Commission de santé mentale du Canada (2012) a proposé d'augmenter le nombre de tribunaux spécialisés, qui sont perçus comme une alternative à l'emprisonnement. Les tribunaux de santé mentale font partie de la famille des tribunaux dits « spécialisés » et ont pour mandat de s'attaquer à la racine des problèmes judiciaires qui leur sont confiés, soit les problèmes de santé mentale (Wexler, 1991). Les premiers tribunaux de santé mentale ont vu le jour aux États-Unis dans les années 1990 et se sont développés au Canada et au Québec une décennie plus tard. Hybridant psychiatrie et justice, ils ont pour particularité d'arrimer le justiciable à une équipe de soins et de proposer des sentences adaptées à sa situation. Ces tribunaux se distinguent aussi des tribunaux réguliers par l'intégration d'intervenantes sociales dans leurs équipes et la singularisation des dossiers judiciaires. La *therapeutic jurisprudence*, traduit dans le cadre de cette thèse par la justice thérapeutique, influence fortement le fonctionnement de ces tribunaux.

Or, malgré une littérature de plus en plus abondante sur les tribunaux de santé mentale, peu est dit sur la justice thérapeutique. Cette thèse vise donc à comprendre et à documenter ce qu'est la justice thérapeutique dans le contexte d'un tribunal de santé mentale. Plus spécifiquement, les objectifs suivants sont poursuivis : 1) documenter le fonctionnement et les injonctions propres à un tribunal de santé mentale ; 2) identifier les principaux éléments qui permettent de définir la justice thérapeutique ; 3) identifier les discours et les pratiques des acteurs judiciaires œuvrant dans un tribunal de santé mentale ; 4) documenter la transformation des politiques sociales dans les stratégies d'intervention institutionnelles des personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit. De manière concrète, cette recherche contribuera à la

compréhension du discours et des pratiques des acteurs judiciaires ainsi que de la trajectoire des justiciables au sein des tribunaux de santé mentale.

Afin de cerner empiriquement ce qu'est la justice thérapeutique, une enquête par observation directe dans un tribunal de santé mentale à Montréal a été réalisée. Une méthodologie mixte alliant une analyse des discours ainsi qu'une analyse des données statistiques recueillies tout au long des observations a été préconisée ; les résultats et les propositions théoriques de la thèse ont été enrichis par l'intégration de ces deux types de données.

Au sortir des analyses, il sera démontré que le fonctionnement des tribunaux de santé mentale s'inscrit dans une logique d'hybridation des pratiques influencée par la perception du risque mental et du risque social. En effet, il semble que les personnes intimées soient tantôt perçues comme des délinquantes, ce qui renforce le devoir de protection du public imputé au tribunal, tantôt comme des êtres souffrants, ce qui favorise alors une approche plus humaniste et le désir d'aider. Cette oscillation dans les pratiques s'est fortement dégagée de l'analyse du discours des acteurs du tribunal.

Les résultats de l'enquête offrent une description des thèmes liés à une sociologie de la justice thérapeutique. Trois notions centrales y seront présentées : les contraintes composites, la triple conformité et la dangerosité ordinaire. La contrainte apparait le plus souvent comme étant mandatée, autorisée et désignée par un idéal thérapeutique. Il sera démontré que les conditions émises par le juge participent à l'intégration de nouvelles mesures de contrôle qui viennent s'ajouter au suivi judiciaire. En outre, l'ensemble de ces contraintes participe à ce qui est appelé « les menottes invisibles », autrement dit la surveillance hors les murs. La triple conformité désigne pour sa part la

nécessité, pour les justiciables, de livrer des récits et d'adopter des comportements considérés conformes sur les plans social, médical et judiciaire. Cette transformation de l'individu déviant en un individu conforme est jugée selon un « récit civil » qui dévoile les ressources de l'individu et sa capacité à se conformer. Enfin, la dangerosité ordinaire illustre qu'au sein des tribunaux de santé mentale, il n'est pas tant question de problèmes de santé mentale que de fragilité sociale. En effet, les analyses des récits combinées aux analyses quantitatives indiquent que les justiciables sont pris dans un phénomène de double incrimination, qui touche au délit commis, mais aussi à leur condition mentale, sociale et matérielle.

Le modèle développé dans cette thèse propose une analyse novatrice de la question de la justice thérapeutique, mais aussi du rôle des dispositifs contemporains qui régulent, soignent, contrôlent et transforment les individus. En outre, la thèse exposera que le fonctionnement du tribunal de santé mentale s'inscrit dans une logique de responsabilisation en favorisant une réponse individuelle à un problème collectif.

En somme, cette enquête sur la justice thérapeutique expose le rôle des dispositifs hybrides dans la régulation de la fragilité sociale, un rôle qui témoigne d'un nouveau portrait institutionnel. Cette thèse invite à voir l'institution contemporaine comme étant une institution éclatée où se côtoient pratiques classiques (réguler, traiter, contrôler, etc.) et pratiques contemporaines (accompagner, responsabiliser, etc.) et au sein de laquelle œuvrent une myriade de professionnels. Les institutions semblent en effet tendre vers l'hybridation, et ce, tant sur le plan de leur structure (avec le chevauchement de disciplines médicales, sociales et judiciaires) que des publics visés (itinérance, toxicomanie, déficience intellectuelle, pauvreté, folie, etc.). Les tribunaux de santé mentale représentent un exemple frappant des nouveaux assemblages institutionnels qui semblent de mise dans la société contemporaine.

Le plan de la thèse

Le **premier chapitre** a pour but de présenter une sociohistoire du droit psychiatrique. Découpée en périodes historiques, cette sociohistoire s'attarde à certains grands moments ayant modifié la manière dont le système judiciaire régule les personnes accusées de délits et réputées avoir un problème en santé mentale. Le **deuxième chapitre** revisitera les logiques d'intervention auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale, de la période coloniale jusqu'à la période contemporaine. On y documentera certains moments clés de l'histoire psychiatrique telle la naissance de l'asile, mais aussi le rôle déterminant et régulateur que la psychiatrie et plus largement les pratiques en santé mentale jouent au quotidien. Ce chapitre discutera aussi des pratiques contemporaines dans le domaine psycholégal et du modèle des interceptions.

Le **troisième chapitre** débutera en posant une question centrale : « Est-ce que les personnes ayant des problèmes de santé mentale commettent plus de délits que la population générale ? » Ce chapitre sera l'occasion de parcourir certaines études classiques qui se sont intéressées à cette question. De plus, on discutera de thèmes importants pour l'analyse de nos données : la dangerosité, le risque et la transformation des stratégies d'intervention auprès des personnes vulnérables. Le **quatrième chapitre** présentera dans un premier temps le concept de justice thérapeutique et dressera un panorama du fonctionnement, des objectifs, des limites et des avantages que présentent ces nouveaux types de tribunaux.

Le **chapitre cinq** posera la question de recherche et les objectifs qui sont poursuivis par la thèse. Quant au **sixième chapitre**, il documentera la méthodologie utilisée dans cette enquête, de la construction de la problématique à la théorisation en passant par

l'analyse des données. Qui plus est, le terrain de recherche sera exposé afin de bien poser le cadre dans lequel s'est effectuée cette thèse.

Le **septième chapitre** portera sur l'analyse statistique des données. Ce chapitre permettra d'offrir un portrait holistique des personnes interpelées par le tribunal étudié ainsi que des situations et contraintes qu'elles vivent. Le **chapitre huit** documentera trois thèmes découlant de l'analyse : a) la transformation de l'individu déviant ; b) le désir d'aider les personnes à s'aider ; et enfin c) la contrainte. Un quatrième thème portant sur la perception du risque par les acteurs judiciaires sera présenté au **chapitre neuf** ; ce chapitre sera ainsi l'occasion d'expliciter les notions de risque mental et de risque social. Le dernier chapitre, soit le **chapitre dix**, présentera le modèle de la justice thérapeutique élaboré en intégrant trois notions fondamentales à cette approche : la dangerosité ordinaire, la contrainte et la triple conformité.

VOLET I

HYBRIDATION DU DROIT ET DE LA PSYCHIATRIE

Introduction

En 1972, le rapport Chalke[1] estimait que la proportion de personnes détenues au Canada et présentant des problèmes de santé mentale tournait autour de 10 %. En 2011, le Protecteur du citoyen du Québec émettait un constat tout autre : près de 61 % des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec avaient reçu au moins un diagnostic psychiatrique au cours des cinq années précédentes. Au regard de ces statistiques illustrant la surreprésentation des personnes ayant un problème de santé mentale dans le système judiciaire, des auteurs avancent qu'il y a criminalisation des problèmes de santé mentale. Pour Laberge, Morin et Robert (1995, p. 62), cette criminalisation se définit comme un phénomène « de transfert vers le système pénal de groupes de population auparavant pris en charge par le réseau de santé mentale ».

---

[1] Le rapport publié en 1972 par F. C. R. Chalke a pour titre *Plan d'ensemble de développement des services psychiatriques dans les services correctionnels fédéraux du Canada*, établit les principes généraux entourant les services psychiatriques et suggère des solutions régionales spécifiques.

De manière plus spécifique, selon une enquête réalisée par Marion Vacheret et Denis Lafortune (2011) au Québec, il semble que le profil des individus détenus comprend une proportion de plus en plus importante de personnes âgées de 50 ans et plus, de consommateurs de psychotropes, de personnes ayant une déficience intellectuelle et de personnes sans abri. Ainsi, non seulement les personnes détenues sont plus nombreuses qu'auparavant à présenter des troubles de santé mentale parfois graves et persistants, mais les logiques d'intervention se trouvent aussi complexifiées par les conditions d'incarcération. À cet effet, Vacheret et Lafortune (2011) ciblent deux préoccupations majeures concernant cette population : la violence institutionnelle et interpersonnelle subie et le contexte particulier de prise en charge, qui est coercitif et autorise les soins sous contrainte.

De manière générale, les enjeux liés à la santé mentale et à la criminalité suscitent des débats et un intérêt médiatique et populaire comme peu d'autres[2]. Tantôt marquées par des crimes commis par une personne ayant un problème de santé mentale, tantôt par des arrestations brutales et parfois dramatiques d'agents de police répondant à un appel pour une personne en état de désorganisation, tantôt par des verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, les opinions, idées et conceptions liées aux troubles mentaux et plus largement aux politiques sociojudiciaires sont régulièrement ébranlées et remises en question.

Lors d'un discours prononcé en 2007, Beverley McLachlin, juge en chef à la Cour

---

[2] On peut penser à la couverture médiatique, il y a quelques années, du cas de Guy Turcotte (ce médecin qui a assassiné ses deux enfants).

suprême du Canada, fait référence à une discussion qu'elle a eue avec le chef de police d'une petite ville canadienne. Pour ce dernier, l'une des principales difficultés rencontrées par son équipe et lui réside dans les problèmes de santé mentale des personnes arrêtées (Cour Suprême du Canada, 2008). Suivant ce constat, McLachlin soulève des questions difficiles, mais importantes : Dans quels cas peut-on appréhender une personne ayant des problèmes de santé mentale et l'hospitaliser de force ? Quand peut-on forcer cette personne à prendre des médicaments, à suivre des thérapies ? Plus largement, ces interrogations reflètent la tension entre certains droits fondamentaux de notre société : droits à la liberté et à l'autonomie, qui permettent à chacun de prendre les décisions qui le concernent, mais aussi droit à la sécurité, qui légitime l'application de mesures d'exception lorsqu'un individu est jugé incapable de prendre des décisions bénéfiques pour lui.

Avant de se pencher sur ces questions complexes, on doit se questionner sur le processus judiciaire : Quels en sont les objectifs ? Selon un document publié en 1976 par la Commission de réforme du droit du Canada (CRDC), le droit pénal considère les personnes comme responsables, possédant des droits et devant subir les conséquences de leurs agissements si elles décident de contrevenir à l'ordre établi. Pour la CRDC, le droit pénal a pour principal objectif de protéger le public contre la criminalité. Punir, c'est corriger un mal, réparer un préjudice et ultimement réformer une personne coupable (Fassin, 2017). Puisque c'est par procès que l'on détermine la culpabilité ou l'innocence d'une personne accusée, le système judiciaire canadien est de type accusatoire, c'est-à-dire qu'il est structuré tel un débat entre l'État et la personne accusée : le juge ou le jury doit trancher de manière impartiale. Dans le cas où une personne est reconnue coupable, la sanction doit, souligne la CRDC (1976), être humaine, proportionnée à l'infraction et viser aussi à réconcilier la personne accusée avec la société et la victime. Enfin, la CRDC insiste sur le principe de modération : le processus pénal devrait être de dernier recours, quand tous les autres moyens n'ont

donné aucun résultat, puisqu'il s'agit de l'un des instruments du pouvoir les plus puissants de la société.

Concernant des enjeux plus spécifiques à cette thèse, Emmanuelle Bernheim démontre finement dans ses travaux que la lourde tradition d'enfermement psychiatrique influence profondément la perception et les pratiques actuelles en santé mentale et en droit (Bernheim, 2011). Dans le même sens, Pollack (2009) souligne avec justesse que sanction et thérapie ne constituent pas les pôles d'un système binaire, mais sont plutôt étroitement liées, et cela est d'autant plus vrai lorsque le thérapeutique est intégré dans des lieux ou des dispositifs de contrôle et de sanction.

Le premier chapitre de cette thèse portera plus étroitement sur la question du droit et des troubles de santé mentale. Ce chapitre va ainsi documenter l'évolution du droit psychiatrique parallèlement au développement et à la compréhension de la définition de la maladie mentale dans le Code criminel. Ce chapitre est nécessaire puisqu'il posera le cadre où a pris racine l'objet étudié, soit les tribunaux de santé mentale. Quant au chapitre II, il jettera un éclairage sur l'évolution des pratiques en santé mentale en retraçant l'histoire de la psychiatrie, du concept de la folie à celui de santé mentale. Ce chapitre présentera aussi le modèle des interceptions, développé par Munetz et Griffin (2006), qui détermine des moments clés afin de restreindre la criminalisation des personnes ayant un problème de santé mentale. Bien que les chapitres I et II portent sur des aspects distincts de l'objet d'étude, il faut voir entre les deux un dialogue puisque l'évolution de ce que l'on entend par trouble de santé mentale de même que les méthodes d'intervention ont grandement influencé la manière de traiter, de percevoir et de judiciariser les personnes ayant un problème de santé mentale.

En posant ce regard sociohistorique, on réalise un double objectif : d'une part, mettre au jour les différentes pratiques (accompagner, soigner, éduquer, contraindre, traiter, etc.) adoptées dans les interventions des personnes faisant face à des situations complexes (toxicomanie, itinérance, problème de santé mentale, prostitution, pauvreté, etc.) et, d'autre part, révéler les tensions qui accompagnent les politiques et les dispositifs ciblant des personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit. Croiser des notions liées aux politiques sociales, à l'intervention et au système judiciaire permet ainsi d'illustrer les multiples tensions qui émergent entre les objectifs de sécurité et de guérison dans l'histoire du droit psychiatrique.

CHAPITRE I

LE SYSTÈME JUDICIAIRE AU CARREFOUR DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOCIAL

> De tout temps, les malades mentaux ont été l'objet d'abus, de négligence et de discrimination dans notre société. L'opprobre de la maladie mentale peut être très lourd à porter.
>
> — Cour suprême du Canada (1991, R.C.S. 933)

1.1 Introduction

La confluence entre santé mentale et justice est plurielle : elle fait émerger des enjeux de confidentialité des informations contenues dans les dossiers médicaux, de responsabilité criminelle, de consentement aux soins, d'autorisation de soins ou encore de compréhension du processus judiciaire et de nature du délit dont la personne est accusée. Pour plusieurs raisons légales, historiques, politiques et économiques, naviguer à travers cette interface est complexe tant pour les personnes ayant un problème de santé mentale et leur famille que pour les acteurs judiciaires.

Parce que l'on s'intéresse aux personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit, il semble opportun de se demander à quel moment le désordre ou le trouble mental peut venir interférer dans le parcours judiciaire d'une personne. Généralement, il peut être considéré avant même le début du procès que le recours au système pénal est adéquat ou, au contraire, nuisible à la personne ayant un problème de santé mentale. Ainsi, bien que le tribunal maintienne les accusations contre la personne, le trouble mental peut influencer, voire changer radicalement le processus pénal : La personne est-elle capable de participer pleinement à son procès ? Est-elle apte à subir son procès ? Lors de l'audience, la personne est-elle en mesure de distinguer les différents acteurs judiciaires et leur rôle ? La personne accusée, au moment du délit, avait-elle conscience des actes posés ? Ces questions ne sont que quelques exemples qui peuvent mener à une requête d'évaluation de l'aptitude à subir son procès ou encore au principe de responsabilité pénale. En somme, il n'y a pas qu'un seul moment, mais bien plusieurs occasions où le trouble mental peut influencer les pratiques des acteurs, leurs décisions judiciaires et surtout la sentence émise.

L'expression latine « *Actus non facit reum nisi mens sit rea* » résume bien le principe sur lequel se base le droit criminel anglo-saxon : il n'y a pas d'acte coupable sans intention coupable. Indissociables, la responsabilité morale et l'intention de commettre un délit forment ce que l'on entend par « l'esprit criminel ». Dans le Code criminel canadien, ce qui sépare la personne accusée souffrant d'un problème de santé mentale et celle qui en est exempte est très complexe et il importe d'observer la manière dont le droit psychiatrique s'est modifié au courant de l'histoire pour en comprendre les nuances. Selon Jacques Fortin, le droit canadien est plutôt conservateur en matière « d'aliénation mentale ». En effet, Fortin souligne qu'à l'égard des innovations scientifiques, le droit est marqué par un recul dans sa compréhension des troubles mentaux (Grenier, 1998). D'ailleurs, l'histoire du droit psychiatrique nous rappelle que la dyade problème de santé mentale et criminalité a de tout temps été influencée par un

système formel et informel de régulation sociale. Ainsi, nombreux ont été les débats entre les différents paliers de gouvernement[3], les changements législatifs entourant certaines professions de soins et les amendements au Code criminel.

Dans un article paru en 2014, James E. Moran avance deux principales raisons expliquant les difficultés de développement et de mise en application de politiques en psychiatrie légale canadienne : d'une part, la notion de contrôle psychiatrique persiste dans la définition de trouble mental ainsi que dans les réponses offertes aux personnes considérées comme ayant un problème de santé mentale et accusées d'avoir commis un délit ; d'autre part, la rigidité du Code criminel, le recours systématique aux tribunaux et surtout la prison comme réponse unique à la problématique psychiatrie-justice.

Pour Kaiser (2009), l'image du pendule illustre parfaitement l'oscillation entre deux pôles des lois en santé mentale : d'un côté, on prône un certain interventionnisme et mise sur les bienfaits de l'intrusion et sur la « traitabilité » des personnes alors qu'à l'autre bout du spectre, on défend vigoureusement leur autonomie, leur droit de refuser des traitements et leur capacité à affirmer leurs préférences. Certains observateurs soutiennent qu'aujourd'hui le pendule pointerait vers une zone « où le paternalisme, l'interventionnisme, la coercition et les pouvoirs cliniques discrétionnaires continuent de dominer » (Kaiser, 2009, p. 78). Au-delà des statistiques démontrant la surreprésentation des personnes ayant un problème de santé mentale dans le système

---

[3] On peut penser par exemple à la réticence qu'avaient à l'époque les provinces à fournir des environnements adéquats pour les personnes détenues ayant des problèmes de santé mentale (Moran, 2014).

judiciaire (Protecteur du citoyen, 2011), le débat demeure le même quant à la réponse à adopter avec les individus accusés d'avoir commis un délit et présentant un trouble de santé mentale : Doit-on les soigner ou les enfermer ?

Dans les commissions, les rapports d'enquête et les politiques pénales, les termes « délinquant », « déviant », « fou », « malade » et « dangereux » côtoient ceux de « soin », « contrôle » et « enfermement » et suscitent parfois la controverse, parfois l'unanimité. Ce chapitre propose dans un premier temps de dresser un portrait sociohistorique du droit psychiatrique en l'ancrant dans des périodes précises. Dans un deuxième temps, on documentera de quelle façon le Code criminel canadien définit la notion de « trouble mental ». Afin de présenter un panorama complet sur la question, il semble important, dans un troisième temps, de discuter des sections du Code civil du Québec qui concernent la garde en établissement et l'autorisation de soins.

1.2 Le système judiciaire et les problèmes de santé mentale : un panorama

1.2.1 La période coloniale : tensions dans les réponses institutionnelles

Pendant longtemps, la définition des problèmes de santé mentale et surtout la manière de représenter, de réguler et de traiter les personnes qui en souffraient tout en étant accusées d'un délit étaient plutôt flottantes. Aucun statut juridique n'était accordé aux fous, et ce, bien qu'ils puissent être reconnus non responsables pour les délits dont ils étaient accusés. Une fois jugées, ces personnes se retrouvaient dans les mêmes lieux que ces autres réputées déviantes, pauvres, prostituées ou immigrantes. Cet enfermement social indifférencié témoigne d'une période sombre où les lois, qualifiées

de répressives, ciblaient toute personne dérangeant l'ordre social et considérée comme déviante (Mayer, 2002). En effet, les archives carcérales révèlent un chaos institutionnel où vagabonds, mendiants, déviants et fous étaient reclus au même endroit (Fecteau, Tremblay et Trépanier, 1993). La fin de l'arbitraire royal avec la Révolution française de 1789, combinée aux avancées scientifiques et thérapeutiques, a permis une meilleure distinction entre les différentes institutions comme les hospices ou les institutions dites curatives (Grenier, 1998).

L'ouvrage de Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec,* publié en 1999, retrace l'histoire du droit psychiatrique canadien et présente certains évènements importants qui ont bouleversé l'ensemble des procédures judiciaires. Tout d'abord, Grenier fait remarquer que le recours à la défense d'aliénation mentale a considérablement baissé à partir d'un moment bien précis : lorsque l'emprisonnement a remplacé la pendaison comme sentence principale. Suite à ce changement, les avocats plaidaient l'aliénation mentale essentiellement pour des homicides. Quant à la durée de l'enfermement psychiatrique, elle était plutôt indéterminée et souvent à perpétuité (Grenier, 1998) ; la défense d'aliénation mentale devenait alors moins « attrayante ».

Qui plus est, la prise en compte de circonstances atténuantes a permis de diminuer considérablement le nombre de peines sévères. L'entrée en scène d'un nouveau groupe d'acteurs, soit les experts en sciences sociales, et l'augmentation des tensions et des divergences entre juristes et aliénistes ont eu pour effet de restreindre le pouvoir des juges, comme le fait remarquer Grenier (1998). En effet, ce qui pouvait être perçu par les aliénistes comme relevant du registre de la folie était plutôt considéré par les juristes comme les signes distinctifs d'un caractère « vicieux » (Grenier, 1998). Pour ces derniers, la défense d'aliénation mentale apparaissait comme un moyen d'obtenir une

peine douce, voire injuste. Déjà à cette époque, l'expertise psychiatrique a été la cible de critiques de la part des juristes qui trouvaient trop large le critère de non responsabilité. Quoi qu'il en soit, la défense d'aliénation mentale n'aurait été invoquée, avant le tournant du 19e siècle en Grande-Bretagne, qu'à trois occasions seulement.

L'un des procès les plus répertoriés dans la littérature concerne l'attentat manqué de Harfield contre le roi Georges III en 1800. Les conclusions de ce procès sont encore aujourd'hui importantes puisqu'elles ont mené à la *Criminal Lunatics Act* (Moran, 1985). Mais que s'est-il passé exactement ? Dans sa plaidoirie, l'avocat de la défense insiste sur l'importance pour l'accusé de pouvoir distinguer le bien du mal au moment des faits, à défaut de quoi ce dernier ne devrait pas être reconnu coupable du délit qu'on lui reproche. :

> [...] *if a man is completely deranged, so that he knows not what he does, if a man is so lost to all sense, in consequence of the infirmity of disease, that he is incapable of distinguishing between good and evil – that he is incapable of forming a judgement upon the consequences of the act which he is about to do, that then the mercy of our law says, he cannot be guilty of a crime.* (Moran, 1985, p. 499)

À la fin du procès, Harfield est condamné à demeurer dans une institution accueillant les personnes reconnues non coupables d'un délit pour cause d'aliénation mentale, mais jugées trop dangereuses pour être remises en liberté (Grenier, 1998). La mise en application en 1800 de la *Criminal Lunatics Act* permettait dès lors l'enfermement automatique et surtout indéfini des individus reconnus comme « *insane* ». Cette nouvelle loi était d'autant plus coercitive qu'elle permettait de limiter le droit à la mise en liberté sous caution pour les personnes ayant un problème de santé mentale appréhendées pour un délit (Moran, 1985).

Autre cas emblématique : l'affaire M'Naghten. En 1843, au Royaume-Uni, Daniel M'Naghten (parfois épelé « McNaughton »), qui voulait assassiner le premier ministre Robert Peel, tua finalement son secrétaire personnel, Edward Drummond. Au procès, la défense plaida la thèse de la folie afin d'expliquer le geste de l'accusé, thèse que la Couronne ne put faire réfuter par aucun médecin. La Chambre des lords a alors dû se positionner face à la défense d'aliénation mentale (Pilon, 2002). Essentiellement, la question soulevée était la suivante : « *Did the defendant know what he was doing, or, if so, that it was wrong?* » Ce procès est déterminant dans l'histoire du droit psychiatrique : plutôt que d'avoir été reconnu coupable de haute trahison, M'Naghten fut acquitté et envoyé dans un hôpital psychiatrique (Dej, 2015).

Basés sur les règles adoptées par la Chambre des lords suite à l'affaire M'Naghten, des changements majeurs ont été introduits dans le droit canadien tout comme dans les autres dominions de l'Empire britannique (Grenier, 1998). Ces changements ciblaient particulièrement les principes de la défense fondée sur l'aliénation mentale. Il faut savoir qu'à l'origine, le Code criminel interdisait la condamnation d'une personne atteinte « d'imbécillité naturelle ou de maladie mentale » et qui, par ricochet, était « incapable d'apprécier la nature ou la gravité de son acte ou omission » (Pilon, 2002). Avec les nouvelles règles, si le tribunal jugeait que la personne accusée devait être acquittée pour cause d'aliénation mentale, cette dernière devait rester en détention en institution jusqu'à ce que la reine en décide autrement. Le fardeau de non responsabilité devait être démontré par la défense.

Assez rapidement, les règles découlant du cas de M'Naghten ont été l'objet de critiques : on disait qu'elles encourageaient les expertises psychiatriques contradictoires. Chacune des parties pouvait défendre sa thèse à l'aide d'expertises différentes sur l'état de folie de la personne accusée. D'importantes pressions ont été

exercées par des aliénistes britanniques afin de remplacer ce système par celui des commissions d'experts, comme c'était le cas en France (Grenier, 1998).

Loin de vouloir réformer la personne criminelle, la détermination des peines avait plutôt une visée dissuasive. À cette époque, les personnes qui étaient acquittées pour cause d'aliénation mentale n'allaient pas nécessairement dans les hôpitaux, mais étaient souvent transférées dans des prisons locales. C'est un juge qui devait ordonner le transfert de la prison à l'hôpital. Cette situation évolua progressivement puisque dans les années 1850, la population des personnes criminelles aliénées du pénitencier de Kingston en Ontario augmenta considérablement, ce qui souleva des questionnements quant aux meilleures réponses institutionnelles à offrir. S'ensuivirent des allers-retours entre le pénitencier de Kingston et l'asile de Toronto, chacun avançant que l'autre institution semblait plus adéquate pour offrir des soins et faire la gestion des personnes criminelles aliénées. Le débat concernant le statut institutionnel de ces personnes a finalement débouché sur une troisième option : la création du Rockwood Criminal Lunatic Asylum, aussi appelé « The Criminally House », qui a été bâti tout près du pénitencier de Kingston. Cet établissement s'inscrivait alors dans la nouvelle réponse institutionnelle découlant de la British North America Act, qui stipulait que les personnes reconnues coupables et aliénées devaient être traitées dans les murs d'une institution médicale.

Il est intéressant de noter qu'en 1851, au Canada, les juges de paix devenaient autorisés à enquêter sur l'état mental d'une personne en attente de procès grâce à l'Acte relativement à la réclusion des aliénés (Grenier, 1998). Sous la prémisse que leur mise en liberté représentait possiblement un danger pour la sécurité publique, l'émission de

certificats juridiques permettait l'arrestation préventive de personnes présumées violentes.

En 1854, F. X. Julien est accusé d'avoir assassiné son beau-père à Québec. Ce procès, comme le mentionne Grenier (1999), a soulevé de nombreux débats, notamment sur la peine capitale, puisqu'aucune pendaison n'avait eu lieu depuis 1838 dans la capitale, ainsi que sur la défense d'aliénation mentale, puisque c'était la toute première fois que l'on invoquait les Règles M'Naghten au Québec. Rappelons brièvement les faits : Julien était un jeune homme connu pour avoir une consommation d'alcool excessive. Il aurait assassiné son beau-père, car il était furieux que ce dernier lui refuse de voir sa fille. Selon les archives, Julien aurait immédiatement avoué son crime aux forces de l'ordre (Grenier, 1998). Pour le procureur, le geste de Julien ne fait aucun doute : il s'agit d'un homicide volontaire avec préméditation. Son avocat est plutôt d'avis contraire : la folie de Julien semble être à la base de ses actes puisqu'un homme « normal », souligne-t-il, ne commettrait pas un meurtre sur la place publique et surtout n'en ferait pas l'aveu immédiatement après. Dans sa plaidoirie, l'avocat de la défense définit deux types de folie :

> La folie a deux manières d'être. La première est l'idiotisme, qui affecte et paralyse, dès sa naissance, les facultés intellectuelles de l'homme et en font jusqu'à son tombeau un objet d'éternelle pitié. La seconde est la folie d'accident, celle qui s'empare d'un homme doué de toutes ses facultés mentales et dont l'état normal se trouve subitement dérangé, bouleversé par un de ces chocs nerveux qu'une surprise, une grande joie ou un grand malheur impriment quelquefois, et dans des circonstances données, aux hommes d'un tempérament facile à exciter. (Grenier, 1998, p. 156).

Qui plus est, différents médecins, dont plusieurs propriétaires de l'Asile de Beauport à Québec, sont venus témoigner autant du côté de la défense que de la Couronne et présentaient donc des avis différents, voire opposés sur l'accusé. Ce qu'il est intéressant de noter, toutefois, c'est qu'aucun de ces médecins n'avait examiné Julien : ils se prononçaient seulement sur ce qu'ils avaient entendu au procès. Au moment de la délibération, le jury était ainsi appelé à trancher sur deux visions opposées : Julien était-il un meurtrier ou une victime de sa folie ? En seulement quinze minutes, le jury a déclaré Julien coupable de meurtre avec préméditation. Le gouvernement a toutefois annulé la sentence pour pendaison et Julien a été emprisonné à vie.

1.2.1.1 Le premier Code criminel au Canada et la question de l'aliénation mentale

Pendant longtemps, pour un même délit, les juges offraient des verdicts très variables allant de l'amende à la peine capitale (Grenier, 1998). Pour remédier à cette situation, le Canada fut le premier État de l'Empire britannique à codifier ses lois criminelles. En 1891, le ministre fédéral de la Justice dépose un projet jetant les bases du futur Code criminel. Rapidement, soit l'année suivante, le premier Code criminel du Canada est adopté.

La question de l'aliénation mentale est présente dans sept articles du Code criminel canadien de 1892. L'article 11 définit ainsi le critère de responsabilité :

> 1. Nul ne sera convaincu d'infraction par suite d'un acte accompli ou omis par lui pendant qu'il était atteint d'imbécillité naturelle ou de maladies mentales, au point de le rendre incapable d'apprécier la nature et la gravité de son acte ou omission, et de rendre compte que

> cet acte ou omission était mal.
>
> 2. Une personne sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier, mais d'ailleurs saine d'esprit, ne sera pas acquittée pour raison d'aliénation mentale, en vertu des dispositions ci-après décrétées, à moins que cette aberration ne l'ait portée à croire à l'existence de quelque état de choses qui, s'il eut réellement existé, aurait justifié ou excusé son acte ou omission.
>
> 3. Tout individu sera présumé sain d'esprit lorsqu'il aura commis ou omis un acte quelconque, jusqu'à ce que le contraire soit prouvé.

Ce premier Code criminel permettait donc la défense d'aliénation mentale à toute personne atteinte « d'imbécillité naturelle ou de maladie mentale » et « incapable d'apprécier la nature ou la gravité de son acte ou omission ». La défense appuyait alors son argument sur le principe voulant que pour « ordonner une condamnation, l'État doit prouver non seulement qu'un acte fautif a été commis, mais qu'il a été commis avec une intention criminelle » (Dupuis, 2013, p. 18.). Rappelons que ce principe découle directement des Règles de M'Naghten. En somme, si le tribunal jugeait que la personne accusée devait être acquittée pour cause d'aliénation mentale parce qu'elle ne distinguait pas le bien ou le mal, cette dernière demeurait détenue jusqu'à ce que la reine, représentée par le lieutenant-gouverneur du Canada, en décide autrement.

Or, de nombreuses décisions contradictoires ont découlé de cette première mouture du Code criminel. Pour y remédier, le ministre fédéral de la Justice y a apporté des précisions. Toujours en se basant sur les Règles de M'Naghten qui posent la capacité à discerner le bien du mal comme principe premier de la responsabilité pénale, il a été convenu que la folie devait nécessairement avoir placé la personne accusée dans une position de légitime défense. Une autre précision importante stipule que seule la défense a le fardeau de la preuve de non sponsabilité criminelle (Grenier, 1999).

De manière générale, bien que ces révisions au Code criminel aient mieux circonscrit les règles pour la défense d'aliénation mentale, aucun effet ne s'est véritablement fait ressentir dans la pratique, le tribunal continuant de rendre des décisions écartant cet argument. En 1895, le cas de Francis Valentine Shortis, un immigrant irlandais accusé d'avoir tué délibérément deux de ses collègues et d'en avoir blessé sérieusement un autre à Valleyfield au Québec, crée une onde de choc. Au moment des audiences, quatre psychiatres appelés à témoigner par la défense avancent que l'accusé avait commis ses crimes sous l'effet d'irrésistibles pulsions. Le procureur de la Couronne, Donald MacMaster, exploite quant à lui l'argument de l'inconsistance entre les psychiatres, réduisant ainsi à néant la preuve de non responsabilité criminelle de la défense. En fin de procès, l'accusé est reconnu coupable des deux meurtres et condamné à la pendaison. Après plusieurs discussions houleuses au sein du gouvernement fédéral, Lord Aberdeen, alors gouverneur général du Canada, décide de changer la sentence pour un emprisonnement à vie. Shortis est décédé en 1941 après avoir passé 42 ans en prison et en institution psychiatrique (Journal Saint-François, 2015). Ce procès a soulevé plusieurs débats quant à l'application des Règles de M'Naghten : d'une part, certains avancent que le droit ne tiendrait pas compte des conceptions modernes de la folie et, d'autre part, on estime que les experts appelés à témoigner devraient limiter leurs propos et évaluation à la stricte question de la capacité, pour la personne accusée, à distinguer le bien du mal au moment des faits.

Ceci étant dit, des évènements tragiques, du entre autre au surpeuplement de la prison du Pied-du-Courant[4] à Montréal, ont braqué les projecteurs sur les lieux et conditions

---

[4] D'ailleurs, comme le soulignent Fecteau, Tremblay et Trépanier (1993), il faudra attendre 77 ans avant que cette prison soit remplacée par la prison de Bordeaux en 1913.

de détention des personnes aliénées et reconnues coupables d'un délit : on y découvre des institutions surpeuplées ou à l'architecture déficiente, des conditions de vie misérables, des cas de mauvais traitements, etc. Si le critère de dangerosité était souvent invoqué pour emprisonner une personne, on sait que les traitements offerts dans les prisons n'étaient guère adaptés à la situation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Bien que le type d'intervention alors favorisé dans ces établissements était axé sur la punition et la dissuasion, on voit apparaitre progressivement certains discours prônant la réhabilitation, par exemple en fournissant une « occupation » aux détenus : « [D] e plus en plus, on conçoit le travail non seulement comme un moyen de redressement, mais comme un instrument d'auto-revalorisation essentiel au processus de réforme » (Fecteau, Tremblay et Trépanier, 1993, p. 33).

En somme, plusieurs des changements apportés au Code criminel au cours du 19e siècle ont marqué l'histoire du droit psychiatrique et sont toujours en application aujourd'hui.

1.2.2 Ambivalence, réformes et redéfinition

> Contrairement à plusieurs autres domaines du droit pénal, la question des troubles mentaux semble liée de façon inextricable à d'autres disciplines comme la médecine, la psychiatrie, la psychologie, le travail social et l'administration hospitalière.
>
> — Ministère de la Justice, 1983, p. 3

La deuxième période ciblée par ce survol historique débute avec la publication du rapport de la Commission sur les pénitenciers en 1914. Comme le résume Moran (2014), les premières années du 20e siècle marquent une période très sombre de l'histoire du droit et de la psychiatrie : détérioration des conditions de vie dans les institutions, absence d'équipement adéquat pour les soins, bataille féroce entre les

échelons provincial et fédéral et résistance face à une réforme légale. D'ailleurs, une commission parlementaire a été créée en 1913 afin de faire le point sur des pratiques controversées (par exemple, placer une personne dans un bain d'eau froide pour une période indéterminée). Les commissaires ayant enquêté sur la situation dans les pénitenciers ont tenu des propos plutôt durs :

> Dans notre pays, on n'attache aucune importance à cette phase de la criminalité. On ne fait rien en vue de s'assurer quels sont les faibles d'esprit parmi les détenus et on ne prend pas les moyens propres à leur surveillance et leur formation. (Commission sur les pénitenciers, 1914, p. 12)

De surcroit, le rapport met en lumière le phénomène de la porte tournante, une situation encore décriée aujourd'hui.

> On les condamne, on les libère et on les condamne de nouveau, tout cela à grands frais pour le pays. Une fois libres, ils se multiplient, bien souvent en grands nombres en prison ils deviennent une source continuelle d'ennui et avec eux l'observation de la discipline pénitentiaire devient difficile ou impossible. (Commission sur les pénitenciers, 1914, p. 12)

Cette période historique est aussi ponctuée de nombreux débats, tantôt sur le rôle du psychiatre expert, tantôt sur l'interprétation du plaidoyer d'aliénation mentale comme moyen de défense, tantôt sur l'expérience en institution des personnes ayant des problèmes de santé mentale et accusées d'avoir commis un délit. Moran (2014) souligne également un certain décalage au niveau des compétences institutionnelles.

Encadré 1 : Le pénitencier de Kingston, Ontario (Canada)

Jusqu'en 1915, le pénitencier de Kingston recevait les détenus de toutes les provinces du Canada qui connaissaient une détérioration de leurs conditions suivant l'incarcération. Suite à la publication du rapport de la Commission sur les pénitenciers en 1914, ces détenus se sont vus transférés dans les asiles provinciaux où ils recevraient une allocation du gouvernement fédéral. En théorie, cet arrangement permettait aux personnes de demeurer dans leur province. Or, en pratique, il semble que les provinces ne désiraient pas avoir la responsabilité de ces personnes, et ce, bien qu'elles recevaient de l'aide financière du fédéral (Moran, 2014). Cette résistance des provinces au traitement des problèmes de santé mentale dans les hôpitaux ainsi que la difficulté de fournir des environnements adéquats pour ces détenus dans les pénitenciers ont conduit à la construction de nouvelles institutions. Spécifiquement au Québec, l'asile de Bordeaux fut construit en 1913 en réponse à la population croissante des personnes dites « criminelles dangereuses » de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu et du pénitencier de Saint-Vincent-de-Paul. Cette nouvelle institution devait opérer comme un établissement intermédiaire entre l'asile et la prison afin d'offrir une réponse institutionnelle liée à la protection de la population et aussi permettre médecins s'intéressant au chevauchement des champs de la criminalité et des problèmes de santé mentale un environnement clinique (Grenier, 1998). Comptant 19 personnes à son ouverture, l'institution est passée en quelques jours à une centaine de pensionnaires. Certains voient, avec l'ouverture de Bordeaux, le début de la psychiatrisation du crime.

Publié en 1969, le rapport du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, aussi connu sous le nom de « rapport Ouimet », a mis l'accent sur une conclusion qui allait ébranler le milieu : la prison crée la récidive et ne favorise nullement la réhabilitation. Au Québec, le rapport Prévost (1970) s'inscrit dans la même lignée et avance l'idée maintenant classique que « la prison est l'école du crime ». À cette époque, la province présentait le taux d'incarcération le plus élevé au Canada et, selon le même rapport, les prisons étaient peuplées à 83 % de personnes récidivistes. Pour pallier cette situation, la réhabilitation et le traitement efficace des détenus se sont imposés. C'est ainsi que la fin des années 1960 a été marquée par la remise en question de l'utilisation de la prison comme moyen normal de répression.

1.2.2.1 Des transformations majeures : les apports de la Commission de réforme du droit du Canada

Longtemps, le Code criminel du Canada a comporté des dispositions pernicieuses pour les personnes accusées d'un délit et ayant un problème de santé mentale : par exemple, le gouverneur général, représentant de la reine au Canada, avait le pouvoir de détenir les personnes acquittées pour cause de troubles mentaux, et ce, pour une période indéterminée. En 1982, dans le cadre d'une révision du droit pénal, le ministre de la Justice canadien débute un projet sur le désordre mental. Dès l'introduction du document de travail qui a été produit, on peut lire que « les dispositions du Code criminel dans ce domaine sont remplies d'ambiguïtés, d'inconséquences, d'omissions, d'aspects arbitraires et, souvent, d'un manque général de clarté ou d'orientation » (Ministère de la Justice, 1983, p. 3). Les conditions difficiles au sein des institutions pénales ont placé la personne accusée de délit et ayant un problème de santé mentale au centre de la Commission de réforme du droit du Canada mise en place en 1971. L'objectif poursuivi par les commissaires était d'identifier les problèmes spécifiques

liés à cette population et de suggérer, le cas échéant, des solutions. Les travaux de cette commission se sont poursuivis jusqu'en 1989 et ont mené à modifications importantes du droit canadien et des recommandations pour la réforme du droit canadien.

Dès ses premiers travaux, la Commission prend position : la prison ne peut prétendre à un rôle dissuasif et à la diminution de la récidive (CRDC, 1975). Pour les auteurs du rapport qui en a découlé, le recours à l'incarcération ne devrait avoir lieu que lorsqu'aucune autre sanction ne peut atteindre les objectifs proposés par le législateur. Qui plus est, cette sanction doit être guidée par trois principes : la justice (la peine ne doit pas être disproportionnée par rapport à l'infraction), l'humanité (la sanction ne doit pas être plus grave que ce qui est absolument nécessaire et doit être la moins « draconienne ») et l'économie (elle doit viser à réduire au minimum les conséquences imposées à la société et au système pénal). On souligne à ce propos que, de manière générale, la prison est une peine couteuse et que le système judiciaire devrait favoriser le recours au milieu ouvert pour les peines. La CRDC se penche aussi sur « le besoin de trouver des solutions pratiques aux problèmes sociaux et s'attaque ainsi à une question litigieuse : lorsque le juge condamne une personne à l'emprisonnement en vue de protéger la collectivité, que veut-on dire exactement ? » (CRDC, 1975, p. 17). Cette question remet en question le critère de base de l'enfermement des personnes, soit leur dangerosité ?

Le 25 juin 1986, le ministre de la Justice canadienne John Crosbie déposait un avant-projet de loi contenant un nombre important de recommandations découlant des travaux de la CRDC. Le document proposait des modifications visant à moderniser le vocabulaire, à revoir les procédures et à protéger les droits des personnes accusées tels que garantis par la Charte Canadienne. Pilon (2002) rapporte que l'une des propositions les plus contestées du projet de loi concernait l'imposition d'un plafond dans la durée

d'internement d'un accusé, soit à vie, dix ans ou deux ans. Cette possible disposition de la loi a semé la panique chez les procureurs de la Couronne, qui craignaient une libération obligatoire de personnes « dangereuses » une fois la limite d'incarcération atteinte.

Fait à noter, à la même époque, soit en 1982, le Canada adoptait la Charte des droits et libertés. Parmi les principales propositions touchant au désordre mental formulées par la CRDC, plusieurs rejoignaient des principes mis de l'avant par la Charte, soit la justice fondamentale (art. 7), la détention arbitraire (art. 9), les traitements cruels et inusités (art. 12) et l'égalité devant la loi (art. 15). D'ailleurs, le 2 mai 1991, la Cour suprême du Canada jugeait que l'argument d'aliénation mentale avancé par la Couronne en dépit de l'objection de l'accusé Swain violait les droits de ce dernier[5]. La décision de la Cour suprême du Canada dans ce dossier a entrainé des changements significatifs dans le déroulement des procès impliquant une défense basée sur la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (Archibald, 1991). Suivant ce jugement, le Parlement avait six mois pour modifier la loi et permettre des arrangements transitoires.

---

[5] Au moment des consultations avec les provinces, la décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire R. c. Swain était en appel devant la Cour suprême du Canada.

Encadré II : R. c. Swain

Le cas R. c. Swain a donné l'envoi à des modifications liées à la criminalisation et à la détention des personnes ayant un problème de santé mentale lors d'une défense de non-culpabilité fondée sur l'aliénation mentale. En octobre 1983, Swain est arrêté et accusé de voies de fait graves contre sa femme et ses enfants ; il est transféré de la prison à un centre de traitement psychiatrique pour les criminels atteints d'aliénation mentale. Mme Swain rapporte au cours de son témoignage qu'au moment des faits, M. Swain était très excité, utilisait un dialecte pour parler de thèmes religieux, se battait contre l'air et parlait d'esprits (R. c. Swain, 1991).

Pendant son procès, puisque son état s'est rapidement amélioré grâce à la prise de médicaments antipsychotiques, l'accusé a été remis en liberté sous certaines conditions. Lors du procès, en mai 1985, le ministère public de l'Ontario a cherché à produire une preuve de son aliénation mentale au moment de l'infraction, ce à quoi Swain était opposé. L'appelant a ainsi été déclaré non coupable pour cause d'aliénation mentale pour tous les chefs d'accusation auxquels il faisait face et a immédiatement été détenu « au bon plaisir du lieutenant-gouverneur ».

Plusieurs aspects du droit criminel et constitutionnel ont été analysés par les juges de la Cour suprême. Finalement, ces derniers ont statué que, bien qu'il soit dans le mandat du Parlement de « gérer » les personnes ayant un problème de santé mentale en détention, l'accusé a aussi droit à sa propre défense :

> Permettre au ministère public de présenter une preuve d'aliénation mentale contre le gré de l'accusé équivaut à admettre une atteinte trop importante au droit fondamental d'un accusé de présenter les moyens de défense qui, à son avis, sont dans son meilleur intérêt et de renoncer à ceux qu'il considère ne pas l'être. (R c. Swain, 1991, n.d.)

La Cour suprême a précisé que le ministère public ne peut présenter une preuve d'aliénation mentale contre le gré de l'accusé que lorsque la culpabilité ne soulève pas de doute sérieux, que la preuve de l'aliénation est accablante, que l'infraction est grave et que la personne accusée présente toujours une menace pour la société. Elle conclut également que la détention systématique d'une personne recevant un verdict en raison d'aliénation mentale porte atteinte à son droit à la vie, à la liberté et à la sécurité ainsi qu'à son droit d'éviter une détention arbitraire en vertu des articles 7 et 9 de la Charte canadienne.

1.2.2.2 Une « petite révolution » dans le domaine du droit psychiatrique : le projet de loi C-30

L'adoption du projet de loi C-30, en apportant des transformations profondes au Code criminel de 1892 en lien avec les dossiers de santé mentale, est l'une des principales retombées de la CRDC. Ce projet de loi proposait un nouveau régime pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Un premier changement majeur touche la terminologie juridique employée : la formulation « désordre mental » a remplacé celles d'« imbécillité naturelle » et de « maladie de l'esprit » alors que le verdict d'« acquittement pour cause d'aliénation mentale » a été modifié pour « non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM) » (Pilon, 2002).

Selon le Code criminel de 1892, puisque toute personne est présumée ne pas être atteinte de troubles mentaux et apte à subir son procès, le projet de loi a aussi précisé les conditions liées à l'aptitude pour assurer une meilleure évaluation de la personne accusée de même que pour offrir une plus grande latitude au tribunal s'il décidait d'ordonner une évaluation psychiatrique. En effet, le tribunal détenait auparavant le pouvoir d'ordonner un traitement non désiré pour une personne accusée et souffrant de problèmes de santé mentale afin de la rendre apte à subir son procès (Pilon, 2002). Selon le projet de loi C-30, une évaluation psychiatrique peut être ordonnée pour déterminer l'aptitude d'un accusé à subir son procès ou encore pour obtenir un rapport comme preuve sur l'état mental de la personne au moment de l'infraction. Néanmoins, le tribunal ne peut pas ordonner un traitement psychiatrique, sauf s'il y a consentement de la personne (Raaflaub, 2005).

Le projet de loi rendait aussi invalide le pouvoir du lieutenant-gouverneur et proposait plutôt un processus d'audition afin de déterminer les mesures à adopter dans le cas des personnes acquittées pour troubles mentaux. Les critères étant attachés à la libération devaient être connus, d'une durée déterminée et soumis à un processus de révision. Suivant ces modifications, le tribunal détenait maintenant trois possibilités lorsqu'il trouvait une personne accusée non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux : la personne pouvait être détenue à l'hôpital et libérée sous certaines conditions préétablies ; elle pouvait recevoir une libération conditionnelle avec ou sans condition (supervision au sein de la collectivité, lieu de résidence désigné, interdiction de consommer des drogues illicites ou de l'alcool, obligation de se soumettre à un plan de traitement, interdiction de possession d'armes, etc.) (Ministère de la Justice, 2015) ; enfin, elle pouvait recevoir une libération complète. En somme, le verdit de NRCTM n'oblige pas le tribunal à rendre une décision quant à la garde : il peut ordonner des mesures appropriées ou encore référer le dossier à une commission d'examen qui elle

décidera de la suite des choses[6]. Par ces changements, le gouvernement fédéral de l'époque reconnaissait la particularité de la situation des accusés souffrant d'un problème de santé mentale.

L'adoption de l'une des modifications les plus contestées du projet de loi C-30, soit le plafond de détention des personnes accusées et souffrant d'un problème de santé mentale, a été reportée afin de laisser le temps aux provinces d'adapter leurs législations et pratiques. Une autre des propositions qui a été reportée ciblait la possibilité d'étiqueter des accusés dangereux atteints de troubles mentaux. S'inspirant de la disposition du Code criminel permettant la déclaration de délinquant dangereux, elle aurait permis des peines à durée indéterminée pour les personnes reconnues coupables de préjudice corporel grave et dont les antécédents présentaient une menace pour la population comme démontré par le procureur de la Couronne (Pilon, 2002). Un commissaire devait être chargé d'évaluer et de réviser les cas des personnes détenues afin de déterminer si elles étaient ou non reconnues comme telles.

Les travaux de la CRDC ont permis de dégager deux notions fondamentales qui continuent de résonner très fort dans le Québec contemporain : tout d'abord, il faut déconstruire l'idée selon laquelle toutes les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont enclines à la violence, et aussi s'assurer que la liberté soit « restreinte dans les seuls cas où cette restriction est justifiée » (CRDC, 1975, p. 46). La Commission a

---

[6] Les commissions d'examen sont des tribunaux administratifs présidés par un juge et formé d'au moins trois personnes, dont au moins un avocat et un psychiatre. L'objectif de ces commissions est d'évaluer la personne et de rendre une décision qui devrait : 1) protéger le public; 2) offrir la possibilité d'un traitement pour le trouble de santé mentale.

aussi sonné l'alarme concernant la surreprésentation des personnes ayant un problème de santé mentale dans le système judiciaire.

1.2.3 Des changements législatifs témoignant d'une montée sécuritaire

La dernière époque étudiée fait écho à ce que l'on nomme la « montée sécuritaire », témoignant en effet d'un changement de direction, que certains qualifient de radical, quant à la régulation des personnes ayant un problème de santé mentale et qui commettent un acte délictuel.

Cette montée sécuritaire a débuté par le projet de loi C-10 modifiant notamment des dispositions du Code criminel portant sur les troubles mentaux et qui a reçu la sanction royale le 19 mai 2005. Essentiellement, ce projet de loi élargit les pouvoirs des commissions d'examen (des provinces et territoires) en permettant d'ordonner des évaluations psychiatriques, d'ajourner des audiences, de prolonger le délai de révision de la décision concernant une personne accusée et de rendre des ordonnances de non-publication (Raaflaub, 2005). Les modifications apportées permettent également aux commissions de recommander au tribunal une enquête pouvant mener à une suspension de l'instance, dans le cas de personnes accusées qui sont inaptes de façon définitive à subir leur procès et ne constituent pas une menace pour la sécurité publique (*Ibid.*). Les amendements au projet de loi ouvrent aussi des possibilités quant aux professionnels-experts pouvant réaliser les évaluations : désormais, il peut s'agir d'un médecin ou de toute personne désignée par le procureur et considérée détenir l'expertise nécessaire pour évaluer l'état mental de la personne accusée.

Tranquillement, toutefois, l'idée que les problèmes de santé mentale peuvent engendrer des comportements qualifiés de déviants et pouvant mener à des accusations criminelles fait son chemin. En effet, en 2007, la juge Beverley McLachlin affirme que « *[s]uch people are not true criminals, not real wrong doers in the traditional sense of those words. They become involved with the law because they are mentally ill, addicted, or both.* » (McLachlin, 2007, n. d.) Selon ces affirmations, ce serait donc le problème de santé mentale qui pousserait l'individu à commettre des délits. Les propos de McLachlin corroborent les conclusions du comité sénatorial présidé par le sénateur Kirby et qui recommandait fortement de procéder à divers changements pour que les personnes ayant un problème de santé mentale puissent recevoir l'aide dont elles ont besoin et à laquelle elles ont le droit selon le système judiciaire (Kirby et Keon, 2006).

1.2.3.1 Criminalisation et judiciarisation des personnes ayant un problème de santé mentale

En 1972, le rapport Chalke[7] estimait que la proportion de personnes détenues au Canada et présentant un problème de santé mentale tournait autour de 10 %. En 2011-2012, le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada sonne de nouveau l'alarme : 36 % des personnes sous responsabilité fédérale avaient été jugées, au moment de leur admission, comme ayant besoin d'un suivi psychiatrique. De plus, un rapport indique que 45 % des hommes et 69 % des femmes avaient reçu des soins en santé mentale en établissement préalablement à leur incarcération (Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, 2012). Ces statistiques confirment celles du Protecteur du citoyen du

---

[7] Le rapport est aussi connu sous le nom de Plan d'ensemble de développement des services psychiatriques dans les services correctionnels fédéraux du Canada.

Québec publiées en 2011 et selon lesquelles la prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes sous responsabilité fédérale aurait augmenté depuis les années 1960.

L'un des débats les plus nourris concernant la judiciarisation des personnes ayant un problème de santé mentale se rapporte au rôle de premiers répondants des policiers lors de certaines interventions. Si des auteurs soulèvent l'effet dévastateur provoqué par ces interactions (Dupuis-Déri, 2017), d'autres, plus modérés, insistent plutôt sur l'effet dissuasif de l'intervention policière (Brink *et al.*, 2011). D'ailleurs, on a vu émerger au cours des dernières une remise en question globale de la nécessité du port d'armes chez les policiers et la dénonciation de tensions avec certains groupes de la population[8]. Le politologue Francis Dupuis-Déri (2017) dresse un dur portrait du travail policier envers certains groupes vulnérables :

> Désarmer la police [SPVM] l'obligerait donc enfin à revoir ses protocoles d'intervention envers des personnes en situation de crise, sauvant probablement des dizaines de vies au fil des ans. En attendant, on devrait distribuer des vestes pare-balles aux sans-abris et aux personnes souffrant de troubles de santé mentale. Car les armes à feu de la police de Montréal n'ont d'autre utilité que de mettre leur vie en péril.

Si la plupart des personnes ayant un problème de santé mentale ne commettent pas de crimes, ces personnes ont tout de même bien souvent des interactions avec la police

---

[8] S'il est vrai que les personnes ayant un problème de santé mentale éprouvent des relations tendues avec la police, cette même situation est également vécue par d'autres groupes tel que représenté par le mouvement social Black Lives Matter, par exemple.

(Brink *et al.*, 2011). Quoi qu'il en soit, il semble clair que les membres du corps policier jouent un rôle essentiel dans la définition des situations et dans le choix du mode d'intervention auprès des personnes souffrant de problèmes de santé mentale (Laberge et Morin, 1993). Ces derniers jouissent d'ailleurs d'une grande latitude dans leurs interventions, qu'elles soient formelles ou informelles. Puisque les policiers sont dans la grande majorité des cas les premiers répondants, des mesures alternatives au transport vers un poste de police peuvent être appliquées : transférer l'individu vers l'hôpital ou un centre de crise ou encore faire appel à une équipe mobile de crise lors des interventions policières pour faciliter le contact avec la personne interpelée. À ce sujet, il semble que dans 30 % des situations où la police intervient avec une personne ayant un problème de santé mentale, celle-ci sera référée vers un centre de soins (Brink *et al.*, 2011). Et parmi les personnes ayant été dirigées vers une urgence psychiatrique, une sur sept l'a été par la police.

Le Service de police de la ville de Montréal (SPVM) a publié dans un rapport de 2013 que le temps de mobilisation requis lors d'interventions policières auprès de personnes ayant un problème de santé mentale est deux fois plus important que pour les autres appels (Charrette, Crocker et Billette, 2011). De manière générale, il semble que deux personnes ayant un problème de santé mentale sur cinq seront arrêtées au cours de leur vie. Les arrestations multiples semblent aussi plus fréquentes au sein de ce groupe. En effet, une enquête a révélé que 26 % des personnes ayant un problème de santé mentale avaient eu plus de cinq interactions avec la police contre 4 % pour celles ne présentant pas de trouble mental (Brink *et al.*, 2011 ; Cotton et Coleman, 2010).

Selon l'enquête menée par Arboreda-Florez et Holley (1998), le quart des personnes arrêtées par les policiers présentaient des comportements bizarres ou du moins inhabituels. La même enquête indique aussi que deux interactions sur cinq entre la

police et les personnes ayant un problème de santé mentale étaient liées à des crimes mineurs non violents. Le taux est le même pour ce qui est des interactions qui n'ont rien à voir avec la criminalité : demande d'aide de la famille, référence vers des services en santé mentale, etc.

L'aspect le plus alarmant qui se dégage des enquêtes sur les interactions entre la police et les personnes ayant un problème de santé mentale concerne le recours à un pistolet à impulsion électrique (Brink *et al.*, 2011). En effet, en plus d'être proportionnellement plus nombreuses à être neutralisées à l'aide de cette arme, les personnes ayant un problème de santé mentale ont le taux le plus élevé de décès à l'issue d'une intervention policière (Kaufman, 2007). Cette situation est observée au Canada, mais aussi en Australie et au Royaume-Uni, entre autres. Une enquête de la Gendarmerie royale du Canada a révélé que l'utilisation des pistolets à impulsion était en cause dans 50 % des incidents envers des personnes ayant un problème de santé mentale, contre 39 % pour des personnes sans lien avec la santé mentale (Sales, 1991).

Si le diagnostic est clair et unanime quant au fait que les personnes ayant un problème de santé mentale sont surreprésentées dans le système judiciaire, alors comment expliquer cette situation à la lueur des politiques de déjudiciarisation mises en place ?

Le rapport du Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada (2012) avance deux hypothèses à cette question : tout d'abord, il est entendu que le manque d'accès aux soins, aux ressources et à un soutien approprié laisse souvent les personnes à elles-mêmes, les menant à vivre dans des situations de grande vulnérabilité et aux prises avec des problèmes sociaux complexes ; ensuite, comme Hartford, Carey et Mendoca (2007) l'ont soulevé, les personnes ayant un problème de santé mentale commettent des crimes

qui « attirent » davantage l'attention de la police. D'ailleurs, les travaux s'intéressant aux relations entre le corps policier et les personnes vulnérables sont sans équivoque : les agents de la paix sont deux fois plus susceptibles d'intercepter des individus qui semblent avoir un problème de santé mentale et porteraient plus d'accusations envers ces derniers qu'envers ceux ne manifestant pas de tels symptômes (Bernstein et Seltzer, 2003). C'est aussi ce que les recherches menées par Linda A. Teplin ont démontré. S'intéressant à la dynamique entre les policiers et les personnes ayant un problème de santé mentale, Teplin et ses collaborateurs ont publié en 1984 de nombreux articles dévoilant les résultats d'une observation des interactions entre policiers et citoyens réalisée sur 14 mois. L'équipe de chercheurs a trouvé que le taux d'arrestation des personnes présentant des signes d'un problème de santé mentale est plus élevé, soit 46,7 %, que celui des personnes perçues comme « normales », qui est de 27,9 %.

S'il est tantôt question de *déjudiciarisation*, tantôt de *décriminalisation* dans l'histoire du droit psychiatrique, les travaux ne semblent pas toujours illustrer les effets et le caractère foncièrement différents de ces programmes. De manière concrète, l'intervention policière ressort comme étant déterminante dans le processus de judiciarisation des individus : à cette étape, des solutions de rechange au transport vers un poste de police pourraient être appliquées. Le principe central de la déjudiciarisation repose sur le détournement de la personne du système judiciaire vers des ressources adaptées avant que des accusations soient portées contre elle. La déjudiciarisation, sous cette forme, se veut une stratégie essentielle dans la lutte contre la criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

> On devrait encourager, chaque fois que cela est possible, la police et le procureur de la Couronne à déjudiciariser avant le procès un accusé souffrant de désordre mental. (CRDC, 1976, p. 50)

En ce qui concerne la décriminalisation, celle-ci est plutôt réalisée lorsque des accusations sont portées contre la personne et que le tribunal propose des peines dites alternatives : retirer les accusations, ordonner une absolution inconditionnelle, payer une amende, etc. La décriminalisation, ou encore la dépénalisation, vise l'élimination de certaines infractions mineures et permet d'accorder un traitement particulier face à certains délits, évitant ainsi de stigmatiser davantage la personne accusée sans pour autant la « déresponsabiliser ». La décision de recourir à ce type de programme revient au procureur aux poursuites criminelles et pénales.

En somme, comme les différents rapports et travaux en témoignent, le Canada a privilégié dans ses politiques et ses pratiques judiciaires la réadaptation plutôt que l'enfermement ; la surreprésentation dans le système judiciaire des personnes aux prises avec des troubles mentaux demeure toutefois un aspect à considérer en amont.

1.2.3.2 Renforcement du caractère punitif : le projet de loi C-14

On note au cours des dernières années un renforcement de l'idée du caractère « dangereux » et « imprévisible » des personnes accusées de délit et présentant un problème de santé mentale[9]. Pour Erin Dej (2015), les dernières modifications à la désignation de NRCTM illustrent une réaction punitive face aux réclamations du grand public sur la sécurité et à la perte de confiance envers la psychiatrie pour gérer et traiter

---

[9] L'image forte du « fou criminel » a eu mauvaise presse ces dernières années au Québec : les questions de responsabilité criminelle et d'expertise psychiatrique ont notamment alimenté de nombreux débats.

les personnes en cause. Malgré le fait que l'appellation NRCTM soit formulée en dehors du système de sanction, elle s'insère tout de même dans une rhétorique punitive.

Initialement introduit en février 2013, le projet de loi C-54 a été dénoncé tant de la part du milieu communautaire que par les professionnels eux-mêmes[10]. Bien qu'il n'ait pas été en mesure de recevoir la sanction royale à la fin de la première session de la 41e législature, le projet de loi, devenu la loi C-14, reçut la sanction royale le 11 avril 2014. La Loi modifiant le Code criminel *et la* Loi sur la défense nationale qui entra en vigueur le 11 juillet 2014 témoigne d'un virage punitif. Mais de quelle façon ?

Premièrement, cette loi permet d'apposer le terme « à haut risque » à une personne reconnue comme NCRTM. Il semble que le choix du terme « à haut risque » s'inscrit comme position mitoyenne, le projet de loi initial préconisant plutôt celui de « délinquant dangereux ». De manière concrète, l'étiquette « à haut risque » implique un resserrement des conditions liées à l'obtention d'une autorisation de sortie temporaire et une augmentation de 36 mois du délai quant à la tenue d'une audience. En somme, l'appellation « à haut risque » est loin d'être anodine puisque cette nouvelle disposition de la loi oblige le tribunal à rendre la décision la plus sévère et la plus privative de liberté, contrairement à ce qui est inscrit au Code criminel et dans la Charte

---

[10] Il s'agit de prestataires de services de santé mentale et de groupes du secteur de la santé mentale tels l'Association canadienne pour la prévention du suicide, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société canadienne de psychologie, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, le Réseau national pour la santé mentale et la Société canadienne de la schizophrénie. Tous ont exigé que le gouvernement fédéral revoit le projet de loi C-54.

canadienne des droits et libertés. Selon l'article 753 (1) du Code criminel, pour déclarer un individu « délinquant dangereux », le tribunal doit être convaincu que :

a) L'infraction commise constitue des sévices graves à la personne, aux termes de l'alinéa a) de la définition de cette expression à l'article 752, et que le délinquant qui l'a commise constitue un danger pour la vie, la sécurité ou le bien-être physique ou mental de qui que ce soit [...] ;

b) L'infraction commise constitue des sévices graves à la personne, aux termes de l'alinéa b) de la définition de cette expression à l'article 752, et que la conduite antérieure du délinquant dans le domaine sexuel, y compris lors de la perpétration de l'infraction dont il a été déclaré coupable, démontre son incapacité à contrôler ses impulsions sexuelles et laisse prévoir que vraisemblablement il causera à l'avenir de ce fait des sévices ou autres maux à d'autres personnes.

Ainsi, la sécurité publique devient le leitmotiv de la *Loi* et le facteur prépondérant dans le processus décisionnel. De l'avis du Barreau du Québec, les changements apportés orientent davantage le système de justice vers la punition que vers le traitement des personnes aux prises avec une maladie mentale. Du coup, c'est l'équilibre fragile entre sécurité publique et traitements que l'on vient de secouer. Dans un mémoire sur le projet de loi C-54, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec souligne que l'appellation « à haut risque » « pourrait devenir une procédure habituelle pour tout accusé et faire en sorte qu'il soit automatiquement privé de sa liberté et détenu dans un hôpital » (AGIDD-SMQ, 2013, p. 13).

Bien que l'ancienne loi prévoyait une participation de la victime, la nouvelle mouture favorise et encourage fortement la victime à s'impliquer dans le processus judiciaire : par une participation aux audiences et par la possibilité de faire une déclaration à la victime. Pour la victime, l'ordonnance de non-publication demeure la modification majeure.

En somme, l'adoption de la loi C-14 semble envoyer un message double : *primo*, que les politiques et les pratiques judiciaires ne sont pas en soi reliées à la responsabilité criminelle des personnes ayant un problème de santé mentale, mais plutôt à des positions et des valeurs relevant de politiques pénales ; *secundo*, qu'une nouvelle catégorie de justiciables est créée, pour laquelle l'accent est mis sur la dangerosité et le renforcement des contraintes. D'ailleurs, la création et la prolifération des tribunaux spécialisés, comme on le verra dans le chapitre cinq, s'inscrivent dans ce nouveau paradigme.

1.3 La définition de troubles mentaux dans le Code criminel

D'entrée de jeu, l'article 2 du Code criminel définit l'expression « troubles mentaux » par « toute maladie mentale », à l'exception des états volontairement provoqués par l'alcool ou les drogues ou encore des états mentaux transitoires (par exemple une

commotion cérébrale). Le tribunal peut ordonner une évaluation de l'état mental de la personne pour différents motifs[11].

Malgré le fait qu'aucune définition juridique de la notion de troubles mentaux ne se retrouve dans le Code criminel, l'article 16 en pose les corrélats :

> (1) La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais.
>
> (2) Chacun est présumé ne pas avoir été atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle sous le régime du paragraphe (1) ; cette présomption peut toutefois être renversée, la preuve des troubles mentaux se faisant par prépondérance des probabilités.
>
> (3) La partie qui entend démontrer que l'accusé était affecté de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle a la charge de le prouver.

Essentiellement, la défense fondée sur les troubles mentaux doit illustrer que la personne accusée était incapable de distinguer le bien du mal au moment du délit. Ainsi, non seulement la personne doit-elle connaitre la nature de ses actes comme mentionné dans les règles de M'Naghten, mais également être en mesure d'en juger la nature. En

---

[11] Selon le Code criminel, le tribunal peut rendre une ordonnance pour différents motifs. L'article 672.11 prévoit qu'une ordonnance peut être déposée afin de : déterminer l'aptitude de la personne accusée à subir son procès ; déterminer si la personne était atteinte de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle ; déterminer si la personne inculpée d'une infraction liée à la mort d'un enfant nouveau-né était mentalement déséquilibrée au moment du crime ; si un verdit d'inaptitude à subir son procès ou de NRCTM a été rendu, déterminer la décision qui devrait être prise ; de déterminer si l'accusé est un accusé à haut risque ; de déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue dans le cas d'un verdict d'inaptitude.

élargissant ces considérations juridiques, le législateur pose que la « connaissance » ne doit pas être le seul critère. Il revient par conséquent aux psychiatres de décrire le trouble mental de la personne accusée et au juge de déterminer ce qu'il en est sur le plan du droit, selon l'article 16. En somme, peu importe le trouble mental, « la capacité de discernement » de la personne accusée au moment des faits reprochés est déterminante dans la responsabilité pénale.

Dans l'arrêt Rabey, le juge Dickson précise que « le concept [de troubles mentaux] est vaste : il englobe des troubles mentaux d'origine organique et fonctionnelle, guérissables ou non, temporaires ou non, susceptibles de se répéter ou non » (R. c. Rabey, 1980, p. 533. En somme, comme aucune définition précise de « troubles mentaux » ne se trouve dans le Code, ce concept juridique très large et évolutif repose sur les « progrès de la science médicale » (R. c. Bouchard-Lebrun, 2011). Le juge Lebel résume ainsi la situation :

> [L] a portée de ce concept reste suffisamment flexible pour s'appliquer à toute condition mentale qui, selon l'état actuel ou futur de la science médicale, traduit un trouble de la raison humaine ou de son fonctionnement, et dont la reconnaissance s'harmonise avec les considérations d'ordre public qui sous-tendent l'application de la défense prévue à l'art. 16 [du Code criminel]. (R. c. Bouchard-Lebrun, 2011, p. 602)

Quoi qu'il en soit, certaines décisions de la Cour suprême du Canada ont permis de préciser ces éléments juridiques. En 1977, la décision rendue dans l'affaire Schwartz avance que la capacité de savoir qu'un acte est mal signifie seulement d'avoir la

capacité de savoir que ce que la personne fait est contre la loi. Le juge Dickson précise le sens lié au terme « mauvais » en lien avec le jugement moral de la société :

> Un acte n'est pas « moralement mauvais » parce que le contrevenant le juge tel d'après ses critères personnels, mais parce qu'il sait que la société le considère comme mauvais. Le jugement moral de la société peut bien concorder avec le critère établi par la loi, mais ce n'est pas nécessairement le cas. L'auteur d'un meurtre peut savoir que la loi interdit de tuer, mais y passer outre en croyant agir en conformité d'une ordonnance divine et donc sans encourir de responsabilité morale. Il n'y a pas toujours concordance entre ce qui est permis aux yeux de la loi et ce qui l'est sur le plan moral. (R. c. Schwartz, 1977, p. 678)

Le juge Martland conclut en disant : « Je suis d'avis que l'effet de l'article 16 (2) est de protéger une personne souffrant d'aliénation mentale, qui a commis un crime, si, en commettant le crime, elle ne se rendait pas compte de ce qu'elle faisait ou, si, s'en rendant compte, elle ne savait pas qu'elle commettait un crime. » (R. c. Schwartz, 1977, p. 701)

Par ailleurs, en 1990, la Cour suprême a révisé son jugement dans une décision rendue dans l'affaire Chaulk, où le sens des termes « moralement mauvais » avait été discuté. Pour six des juges, le mot « moral » employé au paragraphe 16 (2) du Code criminel signifie « moralement répréhensible » et non pas « illégal ». Ces mêmes juges continuent en spécifiant que :

> [L] es tribunaux doivent décider, dans chaque cas, si l'accusé était incapable, en raison d'une maladie mentale, de savoir que l'acte commis était une chose qu'il ne devait pas accomplir. Pour cela, il ne suffit pas de se demander si l'accusé savait que l'acte était contraire au droit positif. Une personne peut très bien se rendre compte qu'un

> acte est contraire à la loi, mais être en même temps incapable, en raison d'une maladie mentale, de savoir que l'acte est moralement répréhensible dans les circonstances, selon les normes morales de la société. En conséquence, le juge du procès a commis une erreur en informant le jury que les appelants ne pouvaient pas invoquer la défense d'aliénation mentale conformément au par. 16 (2) du *Code*, si les accusés savaient, au moment où ils ont commis l'infraction, que l'acte était contraire aux lois du Canada. En raison de l'erreur du juge du procès, il y a lieu d'ordonner un nouveau procès. (R. c. Chaulk, 1990, p. 1308)

Trois des juges dissidents donnent toutefois une interprétation différente du terme « mauvais » :

> La question que soulève le par. 16 (2) du *Code* n'est pas de savoir si l'accusé pensait que l'acte était moralement ou légalement mauvais, mais de savoir si l'accusé était incapable de savoir qu'il ne devait pas l'accomplir. Si l'accusé est capable de savoir que l'acte est "mauvais" dans un certain sens, alors il n'est ni inéquitable, ni injuste de le soumettre à la responsabilité criminelle et à une sanction pénale. Il faut donc interpréter le mot "mauvais" au par. 16 (2) comme signifiant simplement ce qu'une personne ne devrait pas faire pour quelque motif que ce soit, légal ou moral. (R. c. Chaulk, 1990, p. 1308)

Dans l'affaire Cooper, la Cour suprême énonçait que « connaitre » la nature et la qualité d'un acte peut simplement signifier d'être conscient de l'acte matériel, alors que « juger » implique l'appréciation et la compréhension des conséquences de cet acte. Mais qu'en est-il du terme « mauvais » ? (R. c. Cooper, 1993). Dans l'affaire Oomen, un juge s'interroge justement sur la portée de ce terme :

> Qu'entend-on au par 16 (1) par l'expression « savoir que l'acte [...] était mauvais » ? Vise-t-elle seulement la connaissance abstraite que

> l'acte de tuer serait considéré comme mauvais par la société ? Ou vise-t-elle l'incapacité d'une personne d'appliquer rationnellement sa connaissance du bien et du mal et donc de conclure que l'acte en question ne devrait pas être accompli ? (R. c. Oomen, 1994, p. 516)

Essentiellement, cet extrait révèle qu'il ne s'agit pas tant d'avoir la capacité générale de connaitre ce qui est bien et ce qui est mal, mais de savoir qu'un acte donné était mauvais dans les circonstances, c'est-à-dire d'avoir la « capacité d'appliquer rationnellement cette connaissance à l'acte criminel reproché ».

Récemment, dans l'affaire Turcotte qui a été hautement médiatisée en raison du caractère dramatique des accusations[12], les psychiatres de chacune des parties ont présenté des thèses différentes quant à la capacité de jugement de l'intimé. Sans remettre en cause le diagnostic de trouble d'adaptation de Turcotte, les parties ne s'entendaient pas sur l'intensité de l'état psychotique de l'accusé. S'il existait une preuve que la condition mentale de l'accusé le rendait incapable de juger de la nature de ses actes, la question pernicieuse ciblait la source de cette condition mentale : les troubles mentaux, l'intoxication ou encore une combinaison des deux (R. c. Turcotte, 2013). Or, la Cour suprême du Canada avait déjà statué en 2011 que « les déséquilibres mentaux développés *exclusivement* en raison d'une intoxication volontaire ne peuvent être considérés comme une maladie mentale au sens juridique, puisqu'ils ne sont pas

---

[12] Rappelons brièvement qu'il s'agit du procès de Guy Turcotte, accusé puis condamné pour le meurtre de ses deux enfants. La défense a été fondée sur un trouble mental grave, soit un trouble d'adaptation avec anxiété et humeur dépressive. Absorbant du liquide lave-glace et croyant qu'il allait mourir, M. Turcotte décida d'amener ses enfants « avec lui », pour ne pas que ces derniers « souffrent de son départ ». En 2011, le tribunal rejette la thèse de l'homicide et déclare l'accusé NRCTM. En 2013, la Cour d'appel du Québec annule ce verdict. Le nouveau procès débute en décembre 2015 et le jury rend une décision reconnaissant Turcotte coupable du meurtre de ses deux enfants. Au moment d'écrire cette thèse, Guy Turcotte était incarcéré afin de purger une peine 17 ans avant possibilité d'une libération conditionnelle.

le produit de la constitution psychique inhérente d'un individu » (R. c. Bouchard-Lebrun, 2011).

1.4 La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM)

D'entrée de jeu, le droit pénal canadien est guidé par le principe directeur selon lequel chacun est responsable de sa conduite. Nonobstant ce principe, une personne accusée doit aussi être en mesure de comprendre que le comportement en cause était fautif afin d'être reconnue coupable de l'infraction.

La définition de la NRCTM que l'on retrouve à la partie XX.1 du Code criminel est la suivante : « Verdict à l'effet que l'accusé a commis l'acte ou l'omission qui a donné lieu à l'accusation, mais était atteint de troubles mentaux dégageant sa responsabilité criminelle ». Sous ce verdict, l'accusé non responsable criminellement n'est ni déclaré coupable ni acquitté.

Bien qu'une personne acquittée à son procès recouvre généralement sa liberté, un verdict de NRCTM n'est pas pour autant synonyme d'acquittement. Selon l'article 672.38 du Code criminel, la personne NRCTM doit se présenter devant une commission d'examen provinciale ou territoriale. C'est que malgré ce verdict de non-responsabilité criminelle, la justice canadienne croit que la population doit tout de même être protégée face à un *futur* comportement *dangereux*. Historiquement, l'objectif du régime de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux au Canada était de parvenir à un équilibre juste entre sécurité publique et besoins de

traitement et de réhabilitation des personnes accusées ayant un problème de santé mentale.

La commission d'examen dans les cas de NRCTM peut mener à trois décisions : à une libération inconditionnelle, à une libération conditionnelle ou à une ordonnance de détention. Latimer et Lawrence (2006) estiment que 51 % des personnes accusées reçoivent un verdict de détention, 29,3 % une libération conditionnelle et 9,8 % une libération inconditionnelle. Les personnes recevant un verdict de libération conditionnelle ou un ordre de détention ont l'obligation de se présenter devant la commission au minimum une fois l'an afin que soient évalués leurs progrès et qu'elles puissent participer activement à leur rétablissement. Toujours selon Latimer et Lawrence, environ 24 % des personnes demeurent sous l'autorité de la commission pour environ 10 ans et 60 %, pour plus de 5 ans. Au moment de l'audience, la commission doit réévaluer la décision et la changer, au besoin. La commission fonde sa décision sur le niveau de dangerosité que représente la personne. En outre, il doit rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté à l'égard de la personne accusée.

Afin d'obtenir un portrait précis des personnes recevant un verdict de NCRTM, le ministère de la Justice du Canada a réalisé une collecte de données dans sept provinces et territoires : l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Yukon et le Nunavut. Les données récoltées entre 1992 et 2004 sont frappantes : on note une augmentation de 102 % du nombre de demandes pour la NRCTM. Ce constat semble toujours d'actualité, car selon les données canadiennes du ministre de la Justice, le nombre de cas traités par les commissions d'examen a augmenté au cours des dix dernières années et devrait continuer à le faire dans la prochaine décennie (Ministre de la Justice, 2015).

Cette augmentation, comme le note le Comité permanent de la justice et des droits de la personne, pourrait pousser certains à se demander si le « droit ou son application n'a pas pour effet de dégager trop de gens de la responsabilité pénale » (Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 2002). Il importe donc pour le Comité de contextualiser cette augmentation : d'une part, le pourcentage de personnes jugées NRCTM ou inaptes représente moins de un pour cent des personnes inculpées d'une infraction pénale ; d'autre part, la partie XX.1 du Code criminel s'applique maintenant à la fois aux actes criminels ainsi qu'aux infractions sommaires, alors qu'avant 1992 le régime s'appliquait uniquement aux actes criminels.

1.5 L'aptitude à subir son procès

Le droit canadien reconnait qu'une personne atteinte de troubles mentaux et n'ayant pas la capacité de présenter une défense ne peut être jugée pour une infraction commise. L'article 2 du Code criminel définit ainsi l'inaptitude à subir son procès :

> Incapacité de l'accusé en raison de troubles mentaux d'assumer sa défense, ou de donner des instructions à un avocat à cet effet, à toute étape des procédures, avant que le verdict ne soit rendu, et plus particulièrement incapacité : de comprendre la nature ou l'objet des poursuites, de comprendre les conséquences éventuelles des poursuites et de communiquer avec son avocat.

L'aptitude à subir son procès porte directement sur la capacité de l'accusé au moment du procès et peut être révisée à tout moment. Si un accusé est déclaré inapte à subir son procès, le tribunal peut ordonner un traitement visant à le rendre apte, pour une période ne dépassant pas 60 jours. Cette ordonnance de traitement doit toutefois répondre à certaines conditions :

> Le tribunal doit être convaincu, sur le fondement de preuves médicales, que le traitement proposé rendra probablement l'accusé apte à subir son procès et que, sans ce traitement, l'accusé risque de demeurer inapte, que le risque de préjudice pour l'accusé découlant du traitement n'est pas disproportionné par rapport à l'avantage escompté et que le traitement proposé est la mesure la moins restrictive et la moins contraignante dans les circonstances. (Ministère de la Justice, 2002)

Suivant un verdict d'inaptitude, le tribunal doit tenir aux deux ans une enquête afin de réévaluer la situation, et ce, jusqu'à ce que l'accusé soit jugé (ou acquitté).

Le jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Whittle,* en 1994, permet d'éclaircir la question de l'inaptitude. Plusieurs questions étaient en litige, dont celles de savoir si les déclarations de Whittle pouvaient être admissibles, si l'accusé en était conscient et s'il en comprenait les conséquences. À cet effet, le juge Sopinka précise des éléments sur la capacité cognitive :

> En conséquence, pourvu que l'accusé ait cette capacité limitée [de comprendre le processus et de communiquer avec un avocat], il n'est pas nécessaire, au préalable, qu'il soit capable de recourir à un raisonnement analytique pour choisir d'accepter les conseils d'un avocat ou pour prendre une décision qui sert au mieux ses intérêts. (*R. c. Whittle*, 1994, p. 934)

1.6 Les troubles mentaux dans le contexte du droit civil au Québec

Bien que cette thèse s'intéresse aux personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit, il importe de jeter un regard sur les troubles mentaux dans le contexte du droit civil québécois pour un ensemble de facteurs : d'une part, parce que le parcours judiciaire de ces personnes peut être entrecoupé par des mesures de protection du Code civil ainsi que par des mesures punitives du droit pénal ; d'autre part, parce que ce sont des politiques qui participent parfois à la déjudiciarisation de ces personnes, parfois au caractère oppressif des lois.

L'histoire de l'internement civil d'une personne a connu de nombreux changements dans les dernières décennies (Lauzon, 2002). De fait, le droit civil québécois a été modifié afin de protéger les droits des personnes ayant un problème de santé mentale, mais aussi de préciser la législation telle qu'appliquée aujourd'hui avec la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

En 1851, l'*Acte pour autoriser la réclusion des personnes aliénées dans le cas où leur mise en liberté pourrait présenter des dangers pour le public* introduit les concepts de dangerosité et d'internement. D'ailleurs, en 1925, la *Loi concernant les asiles d'aliénés* va proclamer l'internement à vie. Ainsi, au Québec, l'approche de protection défensive a longtemps été celle mise de l'avant (Lauzon, 2002).

L'une des réponses données à la judiciarisation des problèmes de santé mentale dans les années 1970 est l'adoption de la *Loi sur la protection du malade mental*, qui complète les dispositions du Code civil du Québec en matière de garde et d'évaluation psychiatriques. Comme son nom le laisse entendre, la *Loi sur la protection du malade mental* doit protéger les personnes. En effet, on reconnait par cette loi leurs droits et recours : il n'appartient plus aux seuls psychiatres, mais plutôt à un juge de décider de la nécessité de l'enfermement. Notons qu'elle a été adoptée au moment où le Québec sort peu à peu de la « Grande Noirceur » et où l'on se dote de la Charte des droits et libertés de la personne.

En 1994, le Québec procède de nouveau à une réforme majeure du Code civil en modifiant la *Loi sur la protection du malade mental* et en assurant une plus grande protection des droits individuels (Lauzon, 2002). En plus d'offrir un outil légal d'intervention lors de situations problématiques, la nouvelle mouture de la Loi permet de contrer la judiciarisation des individus souffrant de problèmes de santé mentale (Otero, 2014) : elle peut s'appliquer à tout individu dont l'état mental peut constituer un danger pour soi ou pour autrui sans nécessairement qu'une pathologie psychiatrique soit diagnostiquée.

Il faut attendre la fin des années 1990 pour que la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c. P-38.001, ci-après « loi P-38 ») entre en vigueur, soit le 1er juin 1998. La loi P-38 a la particularité d'être une loi d'exception : il n'existerait aucune autre solution disponible pour assurer la protection de la personne ou pour autrui. Son caractère exceptionnel fait toutefois l'objet de plusieurs critiques.

La dangerosité demeure à ce jour le seul critère d'application de la *Loi*. Ce critère n'est pas défini par la *Loi*, mais se mesure dans le Code à deux niveaux : d'abord, s'il y a danger pour la personne ou pour autrui, et ensuite si le danger est grave et imminent. La dangerosité doit être réelle, prévisible (non hypothétique) et immédiate. Enfin, la juge Marie-France Bich de la Cour d'appel définit les balises suivantes quant au critère de dangerosité :

> De même, la nature du danger que l'on redoute doit-elle être précisée et explicitée. Il doit également s'agir d'un danger important ou d'un potentiel de danger élevé. Le danger ainsi appréhendé n'a peut-être pas à être imminent [...], mais il doit certainement être sinon probable, du moins clairement envisageable dans le présent ou dans un avenir relativement rapproché, ce qui justifie une mise sous garde. (A. c. Centre hospitalier de St. Mary, 2007, p. 4)

Or, encore aujourd'hui, rien n'est clair en ce qui a trait au niveau de dangerosité d'une personne et aux critères de prédiction de la dangerosité d'une personne en lien avec les troubles mentaux[13].

Deux principaux objectifs sont poursuivis dans l'application de cette Loi : d'une part, établir un équilibre entre la sécurité de l'ensemble des individus d'une société et, d'autre part, assurer la protection des libertés et des droits fondamentaux de la personne vivant avec un problème de santé mentale. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2009), un certain nombre de principes guident l'application de la Loi :

---

[13] Le chapitre 3 discutera des liens entre violence, troubles mentaux et dangerosité afin d'éclairer ces aspects.

tout d'abord, le respect de l'inviolabilité de la personne fait en sorte que son consentement libre et éclairé doit être obtenu pour procéder à son évaluation ou la garder à l'hôpital. Dans le cas d'un refus d'être évaluée ou hospitalisée, seuls la Loi et le Tribunal ont l'autorité de l'y contraindre. Enfin, la Loi et le Tribunal ne doivent porter atteinte aux droits fondamentaux qu'en cas de dangerosité.

Trois types de gardes découlent de la Loi. La *garde préventive* peut se faire pour une durée maximale de 72 heures, sans nécessiter l'autorisation d'un juge ou un examen psychiatrique. Le danger que représente la personne pour elle-même ou pour autrui doit être grave et immédiat. Une évaluation psychiatrique est ensuite menée : elle comprend deux examens réalisés par deux psychiatres différents. Si les examens concluent à une dangerosité, l'établissement déposera une requête de garde en établissement à la Cour du Québec. Le cas échéant, la personne recevra un avis de signification indiquant la date, l'heure et le lieu de l'audience au moins 48 heures avant sa tenue. L'avocat de l'établissement requérant déposera les deux examens psychiatriques à la Cour comme preuve médicale quant à la dangerosité. Au contraire, si l'un des deux examens psychiatriques conclut que la personne ne représente aucun danger pour elle-même ou autrui, elle doit être libérée immédiatement.

La *garde provisoire* est ordonnée par un juge et exige une évaluation psychiatrique par deux psychiatres différents, qui produiront deux rapports. Cette évaluation vise à déterminer si l'état mental de la personne détenue en garde provisoire représente un facteur de dangerosité et si le degré de dangerosité estimé justifie une requête de garde en établissement. L'article 27 du Code civil du Québec précise :

> S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental,

> le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués. Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

Cette garde a une durée maximale de 96 heures, ou 48 heures si une garde préventive a eu lieu.

Enfin, la *garde autorisée* est ordonnée si les deux évaluations psychiatriques ont conclu à la dangerosité du sujet. Le juge y déterminera la durée de l'hospitalisation forcée, qui est en moyenne de 21 à 30 jours. Lorsque de telles mesures sont appliquées, l'établissement a l'obligation d'informer la personne du lieu où elle se trouve, du motif de la garde et de certains de ses droits (communiquer avec ses proches, contester la requête, etc.). Une garde en établissement peut prendre fin pour différents motifs : congé accordé par le médecin ; expiration des délais quant à la passation des examens périodiques ; expiration de la période de garde fixée par la Cour ; et, enfin, décision du Tribunal.

Le Protecteur du citoyen a publié en 2011 un rapport intitulé *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* afin de mettre en lumière des écarts entre la

mise en application de la Loi et la manière dont elle est mise en œuvre. Ces écarts concernent principalement la façon de concevoir la notion de dangerosité, la consignation des notes au dossier, le droit à l'information, la confidentialité, les évaluations psychiatriques et les droits de sortie au moment de l'hospitalisation (Protecteur du citoyen, 2011a).

Qui plus est, une enquête du collectif de défense des droits en santé mentale Action Autonomie indique que :

> [...] malgré le caractère exceptionnel de cette loi qui porte atteinte au droit à la liberté, il n'y a pas de pratique standardisée pour documenter les pratiques en matière de garde préventive, et de garde en établissement de façon plus générale. L'enregistrement des données relatives à l'application de garde en établissement se fait de façon différente d'un hôpital à l'autre, de façon plus ou moins complète. Dans certains cas, il y a même absence de données. Bon nombre d'hôpitaux ne semblent pas non plus avoir de protocole d'application de la P-38. (Action Autonomie et Dumais Michaud, 2016, p. 24)

Selon Bernheim (2014), les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont accès à la justice comme tout « justiciable », mais peuvent difficilement faire valoir leur position ou dénoncer les conditions judiciaires auxquelles elles doivent répondre quotidiennement.

1.7 Prédominance de l'expertise psychiatrique

L'exercice d'évaluation s'inscrit dans à peu près toutes les disciplines. Cette pratique apparait pour certains comme un « important mécanisme de gouvernement et [de] légitimation des organisations dans le monde » (Martuccelli, 2010, p. 27). L'évaluation psychiatrique s'inscrit dans cette philosophie de l'évaluation en intégrant par ailleurs un nouvel acteur : l'expert.

Selon Poupart et ses collègues (1992), l'avènement des psychiatres dans les causes judiciaires a été bénéfique pour aider le juge à éclaircir des questions entourant la responsabilité de l'individu dans les gestes mis en accusation. Toujours selon ces auteurs, l'expertise apportée par ces professionnels vise à protéger la société de certains individus considérés comme « dangereux » en menant à l'imposition de mesures répressives.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) indique que les demandes d'expertise psychiatrique ont augmenté de 15 % depuis 2014, et ce, surtout en ce qui concerne l'évaluation de la responsabilité criminelle (IPPM, 2014). À cet effet, un des objectifs de l'expertise psychiatrique est d'établir le degré de responsabilité morale de la personne accusée présentant des troubles mentaux (Poupart *et al.*, 1982).

De manière générale, l'expertise psychiatrique tente de déterminer si, au moment des faits ayant mené aux accusations, il y avait présence ou alors absence d'un trouble psychiatrique susceptible d'influencer le comportement de la personne intimée.

L'expert doit ici documenter l'histoire de la personne (son enfance, ses antécédents psychiatriques et légaux, etc.), les conditions qui ont influencé la formation de son identité ou encore les mobiles expliquent ses gestes. Il doit aussi se prononcer sur l'État mental dans laquelle la personne intimée se trouvait en rapport au moment des faits reprochés. L'expert décrit et investit tous les aspects de la personne, de son hygiène personnelle à ses pratiques sexuelles, afin de documenter le *modus operandi* du crime. Une fois son évaluation complétée, le psychiatre émet des recommandations à l'attention de la magistrature. Parmi les options pouvant être présentées au juge, on retrouve : la libération, l'incarcération ou l'hospitalisation. C'est alors au juge de prendre position. Dans la très grande majorité des cas, les recommandations émises par le psychiatre correspondront au verdict final du juge. En effet, il est plutôt rare que le juge fasse fi de l'opinion professionnelle émise (MacDonald *et al.*, 2014). Ce constat vaut aussi pour les expertises concernant une obligation de soins. Ceci étant dit, des enquêtes ont démontré qu'un individu peut difficilement rassembler l'ensemble des documents nécessaires à sa défense au moment du procès (Action Autonomie, 2013).

Le caractère subjectif des décisions a aussi été mis en cause par les courants de la sociologie portant sur les représentations des professionnels et du système pénal en Europe de même que par les interactionnistes s'intéressant aux processus décisionnels aux États-Unis (Poupart *et al.*, 1982). Didier Houssin, dans un article publié en 2013, soulève la question de la scientificité de l'avis expert : l'expertise renvoyant à une opinion construite, dans quelle mesure doit-elle être considérée comme étant scientifique ? En effet, le psychiatre peut orienter ses recommandations suivant ses croyances théoriques et cliniques ou encore selon la provenance la demande. Aujourd'hui, ces mêmes interrogations sont toujours présentes dans le milieu académique et communautaire.

La place spécifique des experts psychiatres, qui semble être de plus en plus centrale dans les procédures judiciaires, a aussi fait l'objet de travaux empiriques (Fernandez, Lézé et Strauss, 2011 ; Lézé, 2008). À cet effet, Samuel Lézé distingue, dans un article portant sur les politiques de l'expertise psychiatrique, l'*expertise scientifique*, « qui porte sur des enjeux sociaux pouvant faire l'objet de controverse », de l'*expertise judiciaire ou* clinique, « qui porte sur des cas spécifiques impliquant des catégories médico-administratives ou médico-judiciaires » (2008, p. 4). Lézé débute son enquête sur l'expertise psychiatrique par deux constats : le premier, c'est que le « nouveau » mandat de la psychiatrie est construit autour de la lutte contre la récidive et le second, que l'expertise psychiatrique est remise en cause à différents niveaux, notamment quant à la légitimité du savoir et à l'autorité des psychiatres dans les décisions judiciaires. Émerge ainsi une question brulante soulevée par d'autres auteurs (par exemple Moreau et Protais, 2009) : Quelles compétences ont véritablement les psychiatres dans le contexte judiciaire ? L'évaluation de la dangerosité devient ainsi une préoccupation majeure.

****

Reconstituer l'histoire du droit psychiatrique est instructif pour plusieurs raisons. En effet, la manière dont les tribunaux réfléchissent et rendent leurs décisions concernant les personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit transpose les idées, pratiques et normes de l'époque.

Ce chapitre a illustré que les interprétations des causes poussant des personnes à adopter certains comportements se placent sur un continuum partant de la sorcellerie pour arriver aujourd'hui du côté de la science médicale. Cela dit, malgré un certain raffinement dans les définitions et les interprétations, les débats entourant le sens des termes utilisés, la définition de la folie et la gravité maximale des délits pouvant être commis au nom de la folie suscitent toujours de vifs débats au sein de la communauté scientifique.

Ce chapitre expose clairement que les procédures judiciaires ont été et sont toujours longues, complexes et fastidieuses pour les personnes accusées d'un délit et ayant de troubles mentaux. À différents moments du parcours judiciaire, la personne traduite en justice peut être jugée inapte, non responsable pour cause de troubles mentaux ou encore reconnue coupable malgré des indicateurs d'un problème de santé mentale. En effet, le diagnostic psychiatrique ne suffit pas pour l'obtention d'un verdict de NRCTN : la partie de la défense doit prouver, divers rapports d'experts à l'appui, qu'au moment des faits dont elle est accusée la personne intimée présentait un état mental qui outrepassait la frontière, parfois floue, de la raison.

En somme, l'hybridation du droit et de la psychiatrie démontre clairement une idée centrale à la thèse : les pratiques et politiques mises en place pour les personnes vulnérables oscillent entre coercition et protection, mais les enjeux de défense des droits des personnes justiciables sont toujours présent

CHAPITRE II

ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

2.1 Introduction

Si depuis une trentaine d'années s'est développé un important corpus de recherches portant sur la judiciarisation et la criminalisation des personnes ayant un problème de santé mentale (Laberge et Morin, 1993), cet objet de recherche rejoint des questions plus larges touchant le rôle de l'État, des politiques sociales et des institutions dans les interventions déployées pour les personnes vulnérables. En effet, certains indicateurs sociaux tels que la surpopulation chronique des établissements de détention (Alter Justice, 2018), l'augmentation d'une population marginale dans les grands centres urbains (Raynault, Tessier et Hyppolite, 2017) et l'augmentation des inégalités sociales et de santé entre les personnes (Santé publique de Montréal, 2017) tendent à illustrer une rupture au niveau des services et plus largement de la solidarité sociale.

Selon l'historien André Cellard (1991), deux voies classiques sont normalement empruntées afin de décrire l'histoire de la folie : la première met l'accent sur le développement de la médecine et de la psychiatrie en tant que science et voit un progrès dans la création de l'asile ; la seconde, plus critique, émet l'hypothèse que le développement de la psychiatrie a permis un contrôle social et une répression de la

déviance. Pour cette thèse, on combinera ces deux perspectives afin de dresser un portrait complet des interventions dans le domaine de la folie.

L'objectif principal de ce chapitre est de mettre en lumière certaines tensions sociales et politiques qui ont marqué trois périodes classiques de l'histoire : l'enfermement social et la naissance de l'asile ; la désinstitutionnalisation psychiatrique ; et enfin la santé publique contemporaine. La dernière section discutera des nouvelles interventions pratiquées et du modèle des interceptions.

2.2 L'enfermement social

L'enfermement social est généralement considéré comme une période plutôt noire de l'histoire de la psychiatrie et plus largement de la prise en charge des personnes vulnérables. Cette époque fait référence à un enfermement social *indifférencié*, c'est-à-dire touchant autant les personnes marginalisées que les déviantes et celles ayant des problèmes de santé mentale. Précisons qu'avant le 18e siècle, la notion de « folie » était essentiellement intégrée au continuum de la déviance sociale (Wallot, 1979) et son traitement, ancré dans des conceptions religieuses, voire la sorcellerie.

L'ouverture de l'Hôpital général de Paris en 1656 témoigne de cet enfermement indifférencié auquel toute personne dérangeant l'espace public était soumise. Au Québec, monseigneur Laval a joué un rôle déterminant dans l'instauration des premières agences de charité (par exemple le Bureau des pauvres). De fait, il établit en

1688 l'Hôpital général de Québec selon les mêmes principes directeurs que l'établissement français (Mayer, 2002). Il s'agissait ainsi d'une institution polyvalente qui accueillait autant les personnes valides que les invalides, les mendiants, etc. D'ailleurs, malgré la mission curative de l'Hôpital général de Québec, les personnes infirmes ou contagieuses n'étaient pas admises (*Ibid.*). Selon Grenier (1998), cet hôpital servait surtout à attirer les Amérindiens à la foi chrétienne. Qui plus est, la création de ces établissements marque l'entrée en scène de professionnels de la médecine qui vont désormais participer directement ou indirectement au contrôle social en général.

2.2.1 La naissance de l'asile : traiter la folie

Au nom d'une nouvelle compréhension médicale et scientifique de la folie, on s'oppose de plus en plus à ce qu'aliénés et prisonniers soient enfermés au même endroit. Les 18e et 19e siècles marquent ainsi un tournant majeur dans le traitement de la folie avec la naissance de l'asile et l'arrivée des aliénistes. Ce changement positionne la folie dans le champ d'intervention de la médecine et son traitement devient légitimé par des pouvoirs publics (Fleury et Grenier, 2004). Pierre Georges Cabanis est l'un des premiers à s'attarder aux rapports entre aliénation mentale et crime : il est d'avis que les idées délirantes pouvaient être déclenchées par des organes internes, mais aussi par des éléments extérieurs. Cabanis est aussi perçu comme l'un des premiers à promouvoir la réhabilitation du criminel (*Ibid.*). Selon lui, l'internement doit toujours se faire sous prescription médicale surveillée par la police afin d'éviter tout abus de la famille ou d'autres institutions.

Du côté de la Grande-Bretagne, James Prichard développe le concept de « folie morale » qu'il définit comme l'incapacité de l'individu à s'adapter à la société. Pour Pritchard, il est possible qu'une personne soit atteinte « d'une folie » sans nécessairement souffrir d'un désordre cognitif. Comme d'autres aliénistes de l'époque, il se positionne contre l'idée d'une folie partielle ou intermittente : il juge impensable de croire ou de stipuler qu'une personne est incapable de résister à une impulsion, mais croit plutôt qu'elle a une volonté de désobéir plus forte que celle de se conformer aux règles sociales (Grenier, 1998).

Selon Philippe Pinel[14], les causes de l'aliénation mentale ne sont pas organiques, mais morales. Il divise l'aliénation mentale en quatre catégories : la démence, l'idiotisme, la mélancolie et la manie. Parce que la société est perçue comme vectrice des psychoses et nuisible à la personne aliénée, Pinel amorce un mouvement d'humanisation des soins dans des lieux sécuritaires, à l'abri du chaos urbain. En libérant les fous des chaînes en 1792, le célèbre aliéniste rompt avec une tradition barbare et propose un traitement moral à suivre cherchant à indiquer la « voie civilisée » à suivre (Paradis, 1993, p. 70). Dans son *Traité médico-philosophique,* Pinel prône un « traitement moral » visant à chasser les fausses idées de la personne et à la rendre active. Comme le souligne Paradis (1993), le traitement moral correspond essentiellement en une thérapie de reconditionnement et de rééducation. Pour Postel et Quetel (2012), ce que propose Pinel est révolutionnaire et s'inscrit dans le courant positiviste de l'époque.

---

[14] C'est Cabanis qui nomme Pinel médecin en chef de l'hôpital de Bicêtre, poste clé qui le met en contact avec le traitement des aliénés (Paradis, 1993)

Quoi qu'il en soit, l'œuvre de Pinel et plus spécifiquement la paternité du traitement moral de la folie ont été mises en doute, notamment par Swain (Paradis, 1993). De fait, on retrouve une certaine ambivalence dans la littérature à savoir si c'est Phillipe Pinel ou Jean-Bastiste Pussin, qui était alors surveillant des personnes internées, qui aurait développé les principes humanistes de ce nouvel asile. Selon l'essayiste Jaccard (1979), le célèbre tableau de Robert-Fleury illustrant Pinel libérant les fous des chaines de l'hôpital de la Salpêtrière aurait plutôt dû représenter Pussin. Par ailleurs, Jaccard dénonce le fait que l'asile de Pinel est conçu comme une société patriarcale soumise à l'autorité du médecin, où la surveillance prime et où l'obéissance est à la base du traitement ; en outre, la façon de s'emparer de la confiance des personnes internées aurait pour objectif de leur faire sentir leur dépendance aux médecins.

À l'opposé de Postel et Quetel, Foucault (1972) estime que le geste émancipateur de Pinel voulant libérer les fous et la création des asiles ne se sont pas nécessairement traduits par une amélioration du traitement social et médical des fous, mais représentent *a contrario* un nouveau mode de réclusion où règne un système de contrôle plus diffus basé sur des valeurs morales. Les analyses de Goffman (1968) et de Foucault (1972) ont démontré le mandat de l'asile et son pouvoir normalisateur : l'institut psychiatrique est un dispositif qui tente d'évacuer ce qui dévie et dérange l'ordre social. À cet effet, Castel (2011) mentionne que les réformateurs de l'asile ont échoué dans leur mandat de guérir les aliénés. Dans le même ordre d'idées, le sociologue britannique Andrew T. Scull (1977) voit l'asile comme un instrument de régulation sociale pour la classe bourgeoise. Au Québec, Boudreau (1984) définit le système asilaire de façon semblable, soit comme étant un lieu de déshumanisation.

En France, les archives sur les asiles indiquent qu'à cette époque, le tiers des personnes qui étaient internées y mouraient, un autre tiers y passaient leur vie et le dernier tiers guérissaient ou étaient reprises par leur famille (Roelandt, 2009).

2.2.2 Le traitement des aliénés au Québec

Contrairement à ce qui s'est déroulé en France et en Angleterre, le faible nombre de personnes aliénées internées avant l'asile en Nouvelle-France remet en question l'idée d'un « grand renfermement » entre le 16e et le 18e siècle (Mayer, 2012). Il faut mentionner aussi qu'à cette époque, la majorité des habitants de la Nouvelle-France demeurait à la campagne alors que les asiles étaient conçus pour une population plutôt urbaine. Ceci étant dit, la création de « loges » au sein des hôpitaux généraux au Québec témoigne de cet enfermement : les personnes réputées comme dangereuses qui y étaient confinées étaient complètement coupées du monde extérieur, dans le noir, et ce, pour de longues périodes. Il faut attendre une commission d'enquête afin que l'on remette en question l'utilité et l'efficacité des loges. La commission, dirigée par le docteur Hacquette, conclut que les loges ne sont pas adéquates pour la majorité des personnes internées et que leur utilisation risque d'aggraver leur état en exacerbant leurs symptômes (Mayer, 2002). L'extrait ci-dessous présente les propos du Dr Hacquette :

> Lorsque les malades ne montrent aucune disposition à la méchanceté ou la malveillance, ils ne devraient jamais être renfermés ; au contraire, leur attention devrait toujours être dirigée autant que possible, et on ne devrait rien épargner pour tâcher de les engager dans quelque exercice ou quelque amusement qui, en employant probablement le corps et l'esprit, les détournerait de poursuivre le train accoutumé de leurs pensées déréglées. (Conseil législatif de la

province du Bas-Canada, 1824, Appendice)

Bien que la folie était alors perçue comme une épreuve relevant de Dieu, son traitement était, la majorité du temps, réservé au médecin. Par ailleurs, plusieurs récits démontrent que les méthodes amenées par des charlatans étaient aussi très fréquentes (Mayer, 2002).

Au Québec, la première législation visant à financer les soins aux aliénés est un système unique en Amérique du Nord : l'affermage. Instauré au début du 19e siècle, le système alloue aux établissements une somme annuelle fixe de 100 $ pour chacun des patients hébergés. En retour, les propriétaires d'asiles s'engagent à recevoir, à loger et à vêtir les personnes malades, à leur offrir un service médical et à améliorer les services offerts (IUSMM, 1991). En 1845[15], le premier asile permanent[16] québécois est implanté à Beauport[17] et dirigé non pas par l'État, mais par trois médecins : Douglas, Morrin et Frémont (Fleury et Grenier, 2004). L'asile de Saint-Jean-de-Dieu[18], à Montréal, a pour

---

[15] De l'avis de certains historiens, le « retard » des Canadiens-français dans la mise en place d'asiles destinés aux aliénés ne provient pas d'une fait ethnique – par rapport aux Canadiens anglophones –, mais plutôt social. En effet, la population canadienne française était essentiellement rurale et l'asile de l'époque répondait aux besoins d'une société urbaine (Mayer, 2002).

[16] Le terme « permanent » est important : Fleury et Grenier (2004) rappellent qu'entre 1839 et 1844 un asile temporaire était situé dans la prison de Montréal.

[17] Aujourd'hui, il s'agit de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

[18] Le nom « Saint-Jean-de-Dieu » a été changé pour « Louis-H. Lafontaine » pour enfin devenir, dans les dernières années, « l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ». À son ouverture, sous l'administration de Mère Thérèse-de-Jésus, l'Hospice pouvait accueillir environ 408 patients de la

sa part été inauguré en 1873 et était la propriété d'une communauté religieuse. L'architecture des asiles était pensée pour former de petites cités (Beaudet, 1976).

La communauté anglophone du Québec a développé son propre réseau de soins en bâtissant le Protestant Hospital for the Insane en 1881. Contrairement aux établissements francophones, cet asile n'était pas dirigé par une organisation religieuse. Cette volonté de distinction de la communauté anglophone serait en réaction au « retard » de la recherche scientifique et au conservatisme caractérisant les pratiques francophones. D'ailleurs, le contexte religieux est fondamental pour comprendre la manière dont était perçue la folie de même que les traitements qui y étaient associés. Dans une enquête sur le système asilaire québécois, Boudreau (1984) voit l'époque asilaire comme une période de paternalisme religieux. Perrault et Thifault (2012), dans un article fort intéressant sur les Sœurs de la Providence, viennent toutefois nuancer ce constat en mettant en lumière les façons dont ces femmes ont transgressé les normes de la division sexuelle du travail et les rapports asymétriques de l'époque : par leur gestion, leur traitement et leur accompagnement des personnes mises à l'écart, voire rejetées de la société, les religieuses ont joué un rôle déterminant dans l'histoire asilaire.

Le système d'affermage qui a été mis en branle dans les institutions a suscité plusieurs critiques, tout d'abord chez la communauté anglaise qui était furieuse que les asiles soient majoritairement sous la propriété de francophones, mais également chez les médecins qui déploraient leurs conditions de travail. L'une des critiques les plus

---

grande région de Montréal. Un incendie majeur en 1890 obligea la reconstruction de l'asile, qui fut de nouveau fonctionnel en 1901 avec cette fois une capacité de 3 000 patients.

virulentes du système asilaire est venue de l'aliéniste anglais Daniel Hack Tuke qui, avec la parution de son livre *The insane in the United States and Canada* (1884), provoqua une onde de choc. L'ouvrage, qui a été perçu par les francophones comme une charge « anticatholique », dénonçait essentiellement l'utilisation abusive de moyens de contrainte envers les personnes internées et le peu de pouvoir des médecins qui pratiquaient dans les asiles francophones (Mayer, 2002). Afin de parvenir à une solution qui permettrait de respecter les contrats entre les propriétaires des asiles et le gouvernement tout en dénouant les tensions, une commission d'enquête a été mise en place. L'adoption de la loi Ross[19] qui en a découlé a mené à la constitution d'un Bureau médical dirigé par un surintendant à l'intérieur des asiles. Ce bureau détenait la responsabilité de l'entrée et de la sortie des personnes internées de même que de la prestation des traitements (Mayer, 2002). La Commission royale d'enquête qui avait pour objectif de se pencher sur le conflit entre propriétaires et médecins en est venue à la conclusion que le système d'affermage devait être maintenu, mais que son administration devait être de la responsabilité du Bureau médical.

Si les asiles de l'époque étaient perçus comme des ghettos visant la prise en charge de la misère, la situation des prisons n'était guère plus reluisante. Jean-Marie Fecteau et ses collaborateurs (2006), dans une analyse fine du registre de la prison de Montréal, démontrent que 63 % des condamnations des hommes avaient pour objet le désordre (par exemple pour vagabondage ou ivrognerie) ; chez les femmes, ce taux est encore plus important, soit 78 %. Selon les mêmes auteurs, il s'agit davantage « des conséquences de l'état l'indigence lui-même » (*Ibid.*, p. 344). Déjà, à l'époque, on retrouvait l'idée que des personnes aliénées se retrouvaient en prison pour y purger une

---

[19] Nom du premier ministre du Québec de l'époque.

peine malgré le fait que ce lieu de détention n'était pas la meilleure option pour elles. L'incarcération répétée de personnes aliénées témoigne de l'insuffisance du réseau de prise en charge de l'époque (Fecteau, Fenchel, Tremblay, Trépanier et Cucumel, 2006).

Au Québec, la *Loi sur les asiles d'aliénés* proclamée en 1879 sera maintenue, avec de nombreuses modifications, jusqu'en 1962. Cette loi prévoyait le partage des frais d'hospitalisation entre le gouvernement provincial et les municipalités. Elle prit fin au moment de la Révolution tranquille au Québec, moment où le gouvernement provincial devint l'unique pourvoyeur concernant les frais d'hospitalisation des institutions psychiatriques (Mayer, 2002).

L'adoption de la *Loi sur l'assistance publique*, en 1921, a représenté un tournant majeur en ce qui a trait à l'intervention de l'État dans le domaine des politiques sociales. Si, avant l'entrée en vigueur de la *Loi*, l'État était plutôt réservé quant au soutien des personnes dans le besoin, leur prise en charge étant principalement l'affaire de la famille, de l'Église ou d'organismes privés, de nombreux investissements ont par la suite été réalisés dans les hôpitaux de la province. Bien que le Québec ne soit pas en mesure de rejoindre les réalisations fédérales dans l'élaboration du réseau public de santé, un important débat sur l'instauration d'un État providentiel a lieu (Mayer, 2002)[20].

---

[20] C'est en 1936 que le ministère de la Santé du Québec a été créé. De plus, différents documents ont été rédigés à cette période afin de jeter les bases d'un État-providence. Par exemple, le rapport de 165 pages de Leonard C. Marsh fait état des recommandations d'un groupe d'experts quant à l'établissement d'un filet de mesures sociales qui soit compatible avec la situation des Canadiens. Ces rapports se basent essentiellement sur ce que Beveridge avait réalisé en Angleterre, soit un système de santé et de services sociaux dirigé par l'État, universel et accessible à l'ensemble de la population peu importe le statut social. Un ensemble de lois à caractère social sera aussi proclamé, par exemple la *Loi instituant une Commission sur l'assurance-maladie* en 1943. Le rapport de cette Commission, qui sera remis la même année,

Ce n'est qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale que l'on commence à remettre en question les pratiques et les interventions dans le domaine de la santé mentale, et plus précisément les effets de l'internement psychiatrique. D'ailleurs, le gouvernement de l'époque injecte un montant de dix millions de dollars afin de favoriser la formation continue du personnel hospitalier. On augmente aussi le nombre de psychiatres, qui passe de 15 à 170, mais il demeure que les asiles sont surpeuplés. En 1949, à Saint-Jean-de-Dieu, on comptait 6 122 patients internés alors que la capacité maximale de l'établissement était de 3 684 lits (Courteau, 1989).

En somme, on observe tranquillement une transformation du domaine de la santé et des services sociaux. En effet, de plus en plus de voix se font entendre afin de revendiquer de meilleures pratiques, le respect des droits des personnes internées et un renouveau dans les manières de faire en psychiatrie (Mayer, 2002). Et il le faut bien, puisqu'à cette époque l'action des asiles consiste essentiellement à enfermer les malades, et non à les guérir. Les revendications sociales et politiques ajoutent donc une couche supplémentaire à la nécessité de procéder à une réorganisation majeure des soins en psychiatrie.

---

comprend plusieurs recommandations qui seront éventuellement mises en application. Il faut aussi noter la création par le gouvernement fédéral du programme d'assurance-chômage en 1941 (Mayer, 2002). Ceci étant dit, pendant le mandat de Duplessis, les relations entre le fédéral et le provincial ont été plutôt tendues : Duplessis, qui était proche des communautés religieuses, voyait dans les lois et les nouvelles mesures sociales appliquées une ingérence du fédéral (Vaillancourt, 2011).

2.3 La désinstitutionnalisation : transformer l'asile en hôpital

Les années d'après-guerre ont insufflé des pratiques nouvelles dans le domaine de la psychiatrie par une reconfiguration générale de l'organisation des soins. À la fin des années 1950, grâce à l'octroi de subventions fédérales, quelques psychiatres réalisent des stages de pratique à l'étranger. De retour au Québec, ces psychiatres qualifiés de « modernistes » confrontent leurs « nouveaux savoirs » à ceux des psychiatres dits « traditionalistes ». Le milieu psychiatrique étant éclaboussé de nombreux scandales, les modernistes militent pour un changement de garde radical qui parviendrait à briser l'image négative du psychiatre et plus largement de l'asile. En effet, les journaux de l'époque dénonçaient de manière féroce le manque de soins et les abus de pouvoir exercés par le personnel dans la plupart des institutions[21].

Jean-Charles Pagé, ex-patient psychiatrisé de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, décrit les conditions de vie humiliantes des individus internés dans les asiles de l'époque dans un ouvrage publié en 1961, *Les fous crient au secours* :

> Les hôpitaux pour chiens auraient-ils plus d'égards pour leurs sujets que Saint-Jean-de-Dieu n'en a pour des humains ? (p. 79)

---

[21] Le livre rédigé par le journaliste Jacques Hébert en 1959, *Scandale à Bordeaux*, offre un exemple frappant de la situation misérable vécue par les personnes internées.

À travers son récit dépeignant le quotidien en asile, Pagé compare ce milieu de vie à un régime dictatorial. L'impact de cet ouvrage est d'autant plus grand que sa crédibilité est assurée par la postface écrite par le Dr Camille Laurin[22].

Au moment où Pagé (1961) publie son livre et que les journaux rapportent de manière récurrente les abus perpétrés dans les institutions psychiatriques, c'est plus de 20 000 personnes qui sont internées dans les asiles québécois. En 1962, l'*indemnité* allouée aux patients en psychiatrie est évocatrice : elle est de 2,75 $, comparé à 25 $ pour la médecine générale (Wallot, 1979). Le gouvernement du Québec et plus spécifiquement le Collège des médecins n'ont d'autres choix que de s'interroger sur la situation dramatique des personnes internées.

Les idées conservatrices et traditionnelles qui avaient caractérisé jusque-là la société québécoise vont être mises de côté par la jeune génération à l'affût des nouveaux courants de pensée. La volonté de séparer l'Église et l'État qui se fera alors sentir atteindra la prise de décisions publiques. Pour Vaillancourt (1988, p. 4), cette époque représente « les années de l'âge d'or du pacte social ». L'État québécois adopte en effet une position providentialiste et devient un levier de changement social et économique, ce qui opère une coupure dramatique avec les méthodes pratiquées par Duplessis[23].

---

[22] Le Dr Laurin a été directeur scientifique de l'Institut Albert-Prévost et professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Boudreau, 1984).

[23] Écrire l'histoire de la psychiatrie québécoise, c'est aussi discuter d'un mouvement plus grand, à l'origine de grands changements pour la société québécoise : la Révolution tranquille. Au Québec, l'élection en juin 1960 du gouvernement de Jean Lesage, sous le slogan *Il faut que ça change*, donne véritablement le coup d'envoi à la Révolution tranquille. Faisant suite à près de 18 années de Grande noirceur sous le gouvernement de Maurice Duplessis, de nombreux changements rapides marqueront le Québec : le gouvernement investit dans des sphères autrefois délaissées par Duplessis telles l'éducation,

Déjà, en 1931, le rapport Montpetit véhiculait cette idée que l'État joue pour les citoyens un rôle protecteur face à certains enjeux sociaux (chômage, vieillesse, maladie, etc.) (Mayer, 2002). La réponse offerte par l'État s'élabore essentiellement autour de nouvelles politiques publiques (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014). Ainsi, le gouvernement développa un système de protection sociale permettant au Québec de rattraper son retard vis-à-vis les autres provinces canadiennes.

Au début des années 1960, la tendance à déplacer les personnes des hôpitaux psychiatriques à la communauté et à fermer les asiles semble portée par un désir d'humanisation des soins, mais aussi par des arguments économiques (Dorvil et Guttman, 1997). Boudreau (1984) isole trois prémisses qui ont servi de base à ce renouveau psychiatrique : premièrement, la priorisation d'une offre de services psychiatriques dans la communauté ou encore la déshospitalisation ; deuxièmement, la nécessité de contrôler le cout du système asilaire par le déplacement des patients vers ce que Lecompte (1997) nomme des « ressources légères » ; et troisièmement, les progrès médicaux réalisés dans le traitement de certaines maladies. Cherchant à dépasser les conceptions religieuses de la maladie mentale, la nouvelle psychiatrie revendique ainsi des fondements scientifiques.

D'ailleurs, au Québec comme dans d'autres pays, le mouvement antipsychiatrique trouve oreille. Sous l'influence du mouvement émanant de l'Italie, mais aussi de la

---

la santé, l'assistance sociale et la reconnaissance des droits. Par différentes réformes et propositions économiques, le Québec mettra en place l'État-providence. C'est aussi durant cette période florissante, plus précisément en 1966, que le rapport Parent recommande une éducation gratuite ainsi que la création des polyvalentes et des Cégeps.

Grande-Bretagne et de la France, c'est l'ensemble des pratiques en psychiatrie qui ont été questionnées afin de réagir à la surpopulation des asiles. En Italie, l'adoption en 1978 de la loi 180, appuyée par le psychiatre Basaglia, a marqué l'abolition complète des hôpitaux psychiatriques qui ont été remplacés par les Centres de santé mentale dans la communauté (Dorvil, 2005). Selon Basaglia, le premier élément devant être modifié dans l'asile ne se situe pas au niveau de la maladie mentale, mais bien de la misère qui y règne et de la manière dont la société s'accommode de cette réalité (Bellahsen, 2014). Le psychiatre italien voulait ainsi porter sur la scène politique les contradictions sociales constatées à l'intérieur des asiles. En Grande-Bretagne, Laing et Cooper ont pour leur part insufflé le mouvement antipsychiatrique au travers les communautés thérapeutiques. Le projet ambitieux de ces psychiatres résidait dans l'accompagnement de « l'autre » tout au long de son expérience de la folie. C'est également à cette même période que 102 des 108 asiles furent fermés dans ce pays (Dorvil, 2005). Aux États-Unis, c'est sous l'influence de Szasz que la popularité de l'antipsychiatrie s'est propagée. En somme, c'est l'ensemble du paysage hospitalier psychiatrique qui fut modifié au cours de cette période.

De manière concrète, le mouvement antipsychiatrique relève d'une contestation vigoureuse de la psychiatrie représentée comme une figure « paradigmatique de l'exercice du pouvoir [...] rigide dans son application, coercitif dans sa visée » (Castel, 2011, p. 29). Autrement dit, ce mouvement opère un renversement des bases du modèle asilaire (le fou, la société et l'institution) afin de marquer la rupture avec l'institution psychiatrique. Le mouvement antipsychiatrique critique ainsi le concept de maladie mentale traduit comme une pathologie de la déviance sociale et le traitement médical y étant associé. D'ailleurs, un des leitmotivs de la désinstitutionnalisation réside dans la philosophie liée au rétablissement, qui privilégie la réintégration de l'individu dans la communauté. En outre, une redéfinition des rapports soignés/soignants a émané des

analyses marxistes se référant aux dominants/dominés et remet en cause la notion du savoir psychiatrique.

Rédigé en seulement six mois[24], le rapport Bédard qui a donné le coup de départ à la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec cible deux tendances majeures dans la psychiatrie des années 1960 : d'une part, la psychiatrie communautaire demeure l'instigatrice de la désinstitutionnalisation en faisant la promotion d'un nouveau modèle de prise en charge familial, social et culturel ; et d'autre part, l'approche biologique propose de nouveaux traitements avec la découverte des neuroleptiques.

Cette première réorganisation du système de soins dans la communauté est la pierre angulaire de la sortie asilaire des individus. En modernisant les 16 hôpitaux psychiatriques du Québec, on souhaite rattraper le « retard » scientifique accusé. L'asile doit devenir un hôpital « où [se] retrouveraient les ressources scientifiques, matérielles et humaines nécessaires à la réalisation de ce but » (Lecompte, 1997, p. 9). Pour contribuer à ces changements, le gouvernement propose d'allouer un budget annuel au lieu de subventions. D'ailleurs, chacun des hôpitaux généraux de plus de 200 lits doit fournir un département de psychiatrie. On note qu'entre 1965 et 1986, le nombre de lits en psychiatrie a passé de 580 à 2008, soit une augmentation nette de 246 %. Pour les hôpitaux psychiatriques, les résultats sont plus mitigés : entre 1965 et 1975, on observe une baisse de 28 % des lits. Pour Dorvil (2005), ces transformations

---

[24] Jean Lesage confie aux psychiatres Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles-A. Robert le mandat de documenter la situation des hôpitaux psychiatriques et des conditions de vies des personnes y étant internées. Il fut déposé le 9 mars 1962.

radicales dans l'organisation et la dispensation des soins sont le signe d'une baisse de légitimité de l'hôpital psychiatrique en tant que pourvoyeur des soins.

Afin de favoriser la déstigmatisation, les auteurs du rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (Bédard *et al.*, 1962) proposent une nouvelle appellation pour désigner la folie, soit « maladie mentale ». Ce changement d'ordre linguistique amène deux nouvelles propositions : d'une part, le terme « maladie » suppose que la folie est guérissable (Perrault et Thifault, 2012) ; d'autre part, puisque la maladie mentale devient une « maladie comme une autre », cela fait dire à Lecompte (1997) que cette indifférenciation devient ce qui la spécifie.

Malgré ces valeurs humanistes et un désir d'intervenir plus efficacement, les résultats ne sont pas au rendez-vous : vers la fin des années 1960, plus de 50 % des admissions aux urgences psychiatriques sont en fait des réadmissions (Lecompte, 1997). C'est à partir de ce moment que l'on parle du phénomène de la porte tournante. Si on postule à l'époque que la maladie mentale est guérissable et que l'hospitalisation ne doit pas être l'intervention privilégiée, on observe toutefois un décalage frappant entre ces postulats et la réalité : dans les faits, l'hospitalisation demeurait la seule option disponible (Dorvil, 2005). Les ressources dans la communauté qui devaient assurer le rétablissement des personnes et leur réinsertion sociale n'ont jamais été actualisées, l'enveloppe budgétaire n'ayant pas suivi.

En 1966, le gouvernement québécois met sur pied une commission d'enquête sur la santé et le bient-être social. Essentiellement, cette commission connue sous l'appellation de « Commission Castonguay-Nepveu » a proposé des changements structuraux importants autour d'une reconfiguration de l'organisation des services

sociaux et de santé (Dorvil et Guttman, 1997). Ancrée dans des idéaux de démocratie et de régionalisation, la Commission a été mandatée pour réfléchir à la manière d'organiser le réseau sociosanitaire tout en en contrôlant les couts. Ce mandat touchait à de nombreux enjeux : Comment s'assurer d'une juste distribution des services de santé et des services sociaux dans la province ? De quelle manière et sous quel principe peut-on nationaliser les institutions ? Basée sur une conception managériale, la Commission a été l'occasion pour un nouveau type d'acteurs d'entrer en scène dans l'organisation du réseau : les technocrates.

La Commission Castonguay-Nepveu termine ses travaux en 1970 et recommande un virage important en matière de gouvernance : un système de santé publique gratuit et accessible (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014). La même année, le ministère des Affaires sociales est créé et s'occupe des services sociaux, de l'aide sociale et de la santé. L'Assemblée nationale adopte en 1971 la *Loi sur la santé et les services sociaux*. Basée sur les principes d'universalité et de gratuité, la *Loi* reconnait la santé comme un droit universel. La réforme vise, au-delà du maintien et de la restauration de la santé et du bien-être, leur amélioration. Pour Christian Jetté, cette période témoigne d'une « véritable petite révolution institutionnelle » (2008, p. 69). Objet de grands bouleversements sur le plan de l'organisation, le réseau de la santé et des services sociaux connait une expansion impressionnante : par exemple, les centres locaux de services communautaires, les conseils régionaux de santé et des services sociaux et les départements de santé communautaire sont mis en place. De plus, on établit la distinction entre les centres hospitaliers de courte et de longue durée (Dorvil et Guttman, 1997).

Cette réorganisation du système de santé et de services sociaux a été accompagnée d'un deuxième virage dans la définition et la compréhension des troubles de santé mentale.

En effet, le terme « maladie mentale » cède sa place à celui de « santé mentale ». À partir de ce moment, la santé mentale devient une question de droit et relève directement de la responsabilité de l'État. On observe aussi une diminution du nombre de lits en milieu hospitalier psychiatrique, quoique moindre que dans la première vague de la désinstitutionnalisation.

De manière générale, il semble que la pratique psychiatrique québécoise s'oriente de plus en plus vers une médicalisation dans le traitement des problèmes de santé mentale et des interventions thérapeutiques au profit de services psychosociaux aux individus « désinstitués » ou « non institués[25] ». Autre évènement majeur : en 1974, le Dr Lazure prend les commandes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine (aujourd'hui l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal) et y entreprend une déconfessionnalisation majeure : tous les signes religieux disparaissent.

En somme, à l'asile comme lieu unique de soins s'est substitué un ensemble de lieux et de modes de prise en charge. Selon Eyraud et Velpry (2014), cependant, les pratiques d'enfermement n'ont pas pour autant disparu, mais se sont plutôt transformées, notamment en prison où l'intervention psychiatrique s'est fortement développée au cours des dernières décennies. Pour sa part, Foucault (1975) affirme que l'hôpital psychiatrique a réussi à transférer la discipline asilaire au sein de la société civile dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Robert Castel (2009), en référence à cette période, parle du « grand désenfermement » afin d'illustrer ce retournement institutionnel généralisé. De manière générale, on remarque une ambivalence face à la

---

[25] Les travaux de Corin et Lauzon (1986) sont très riches à ce sujet.

capacité de ces nouvelles pratiques à restaurer l'autonomie des personnes hors des institutions et à garantir le respect de leurs droits (Moreau, 2009).

2.4 Soigner dans la communauté

Les réformes instaurées depuis la désinstitutionnalisation psychiatrique privilégient de nouvelles stratégies de réinsertion sociale des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Or, les dernières années semblent proposer un retour en arrière tant en termes de protection des droits des personnes que d'offre de services diversifiée et adéquate (Protection du citoyen du Québec, 2008, 2011).

Depuis la *Politique de santé mentale* de 1989, la vision proposée par le Québec dans le domaine de la santé mentale fait de lui un « précurseur ». En effet, les politiques et les recommandations qui en découlent placent généralement la personne au centre des interventions et misent sur le financement de ressources communautaires d'entraide et de groupes régionaux de promotion de la défense des droits.

Tout d'abord, le Plan d'action en santé mentale de 1998 propose comme énoncé directeur : « Je suis une personne pas une maladie ». Globalement, ce plan d'action invite à ne plus circonscrire l'identité de la personne sous l'angle de sa maladie, mais plutôt de la considérer comme une personne affligée de symptômes conservant néanmoins des capacités d'évolution et d'adaptation. Quelques années plus tard, un deuxième plan d'action sous-titré « La force des liens » est présenté. Ce dernier mise sur l'autodétermination de la personne, c'est-à-dire sur l'idée que la personne ayant des

problèmes de santé mentale a un pouvoir d'agir pour se rétablir. Cette valeur prédominante a guidé l'ensemble des recommandations. L'un des objectifs de ce plan d'action est la consolidation des services de première ligne afin d'offrir des services plus adéquats aux personnes ayant un problème de santé mentale (Vallée *et al.*, 2009). Pour Henri Dorvil (2004), quelques principes clés découlent du document ministériel, soit l'accessibilité, la continuité, le partenariat, la collaboration, l'efficience et le processus de rétablissement. Le dernier plan d'action, qui vise la période 2015-2020, est intitulé « Faire ensemble et autrement ». Ce plan reconnait qu'on peut faire mieux en ce qui a trait au respect des droits et propose une série de mesures pour remédier à la situation. Ainsi, la valeur de la primauté de la personne s'inscrit de manière forte dans les recommandations. Ceci étant dit, certains regroupements communautaires reprochent au dernier plan d'action de mettre l'accent sur une approche biomédicale et « hospitalocentriste » (AGGIGD-SMQ, 2014). De plus, en misant sur le rétablissement et les capacités des individus, les auteurs du plan d'action semblent faire appel presque exclusivement à une réalité individuelle. Enfin, en écartant l'idée du pouvoir d'agir des personnes, on semble évacuer du même coup l'aspect collectif rattaché à l'appropriation du pouvoir (*Ibid.*).

2.4.1 La santé mentale comme nouvelle règle du social

Les données de la Direction de la santé publique illustrent qu'une personne sur cinq est susceptible, à un moment ou à un autre, d'avoir un problème de santé mentale au Québec (MSSS, 2005). Du côté de la France, ce serait une personne sur quatre (Lamboy, 2005). Les troubles mentaux doivent donc être une priorité en termes de santé publique puisqu'ils toucheraient à l'échelle mondiale plus de 450 millions de personnes, ce qui fait dire à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qu'environ

25 % de la population totale en sera touchée à un moment ou à un autre (Lamboy, 2005). Bien que ces statistiques renvoient à des histoires singulières, elles tendent également à illustrer un changement majeur dans notre rapport à la santé mentale : la préoccupation psychologique est aujourd'hui un phénomène de masse (Padis, 2015) et nous reconnaissons que la santé mentale affecte la trajectoire ordinaire de l'individu (Dubois *et al.*, 2014.). Le préambule du deuxième plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux repose d'ailleurs sur le postulat que « les troubles mentaux peuvent toucher tout le monde, riches ou pauvres, hommes ou femmes, de n'importe quel âge, race ou croyance » (2005, p. 6). Ce n'est donc pas une expérience isolée, solitaire, mais intégrée dans notre rapport à soi et au social.

Puisque la définition contemporaine de la santé mentale est ancrée dans l'individu social, la santé mentale ne serait plus considérée comme une entité stable, mais bien dynamique. Dans cette nouvelle définition, il s'agit moins de l'absence de maladies ou de symptômes que de l'adaptation aux injonctions de son milieu à laquelle un individu peut parvenir par un travail sur lui-même (Otero, 2003). L'OMS la définit d'ailleurs ainsi :

> La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. (2016, n.d.)

Par l'instauration de cette nouvelle norme référant au bien-être complet, l'énoncé se dégage de la définition négative faisant référence à l'absence de maladie, mais le

concept de santé mentale devient aussi beaucoup plus vague et difficile à cerner. L'accent qui est mis sur la santé des individus et des populations vient brouiller l'aspect des difficultés d'ordre social et mental (Otero, 2003). À ce sujet, les travaux de la sociologie de la santé illustrent de quelle manière la sphère de la santé mentale, qui pourtant fait partie des priorités de santé publique dans la plupart des sociétés libérales, présente des frontières de plus en plus diffuses. On voit aussi l'émergence d'une myriade de professionnels où l'accent est mis sur un savoir expert. D'ailleurs, la médecine et plus spécifiquement la psychiatrie infiltrent tous les lieux de la société : au sein de la famille, au travail, à l'école, à travers la sexualité ou encore l'éducation. Mais comment peut-on expliquer cet ancrage massif et généralisé dans le social ?

Pour Alain Ehrenberg (2007), une redistribution générale des cartes s'est opérée à la suite des transformations majeures du statut des troubles mentaux, de la vie sociale et des modes de connaissance. D'ailleurs, souligne le sociologue, il est nécessaire de prendre en considération certains éléments du contexte social contemporain. *Primo*, ce passage de la psychiatrie et de la santé mentale témoigne d'une préoccupation générale de la société envers la souffrance psychique. De même, cette focalisation intègre un ensemble de dimensions sociales liées de près ou de loin à la socialité de l'individu contemporain (la façon de voir le travail, la famille, le développement personnel, etc.). *Secundo*, il découle de la généralisation à l'ensemble de la vie sociale des valeurs liées à la notion d'autonomie. Ce contexte social entraine l'individu vers un double idéal — réalisation de soi et initiative individuelle —, qui est aussi intimement lié à la notion contemporaine de responsabilité individuelle et de subjectivité ; la nouvelle socialité contemporaine pousse chacun à être l'agent de son propre changement.

Sous un autre angle, si l'effort de l'American Psychiatric Association (APA) pour créer un langage nosologique commun était louable, il semble finalement que ce langage

intéressait d'abord et avant tout les partisans de la psychiatrie dite « biologique » et « pharmacologique » (Minard, 2004).

Encadré V : Le DSM de la première à la cinquième édition

La grammaire psychopathologique intégrée dans l'univers des diagnostics psychiatriques, dont les éditions successives du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) témoignent depuis le début des années 1980 (DSM-3, 4-R, 5), participe à redéfinir les figures canoniques du « bon fou » et du « mauvais fou » que sous-tendent la foule de catégories psychiatriques décrivant les pathologies des individus. Qui plus est, la parution de la troisième version du DSM, en 1980, a ouvert la porte à une biopsychiatrie promettant une classification stable qui faciliterait les études pharmacologiques. Il faut y voir un changement majeur : les cadres nosographiques classiques de la psychiatrique ont laissé place à une multiplicité de troubles et de désordres (Bellahsen, 2014). La parution de cette édition fut une secousse réelle tant par la nouvelle classification qu'elle propose que par sa façon d'appréhender l'individu. Certaines analyses laissent entendre que ces nouvelles entités diagnostiques sont symptomatiques du rapport de la société aux luttes politiques et des tensions entre l'individu, le collectif et la société. En outre, en étudiant le DSM-4-R, on remarque qu'aucune définition consensuelle de la maladie mentale n'est offerte (Otero, 2010). Le DSM-V mène au même constat. D'ailleurs, ses auteurs indiquent que « *no definition can capture all aspects of all disorders in the range contained in DSM-5* [...] » (DSM-5, 2013, p. 20). La définition qui est donnée ne circonscrit donc pas les limites du trouble mental :

> *A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying*

> *mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual [...].* (DSM-4, 2013, p. 20).

Si Kraepelin est considéré comme un pionnier de la nosographie des troubles mentaux, les auteurs contemporains du DSM-5 s'inscrivent dans la même lignée. Pour eux, la pratique psychiatrique doit être fondée sur des connaissances scientifiques obtenues par des méthodes empiriques et non sur des interprétations (DSM-5, 2013). Selon cette conception de la psychiatrie, la limite entre le normal et le pathologique existe et, par conséquent, les maladies mentales ne sont pas des mythes.

Les différentes éditions du DSM, et plus particulièrement la dernière, ont suscité de vives critiques et commentaires de la part de différents milieux professionnels et disciplines. Allan Frances, psychiatre et auteur principal du DSM-4, a mené une bataille féroce contre le DSM-5 en dénonçant principalement l'inflation des diagnostics et la collusion entre des collaborateurs du DSM et le milieu pharmaceutique[26] (Dubois *et al.*, 2014; Frances, 2013). D'ailleurs, de l'avis de certains (Frances, Adams, Gori, etc.), l'expansion du DSM a principalement été rendue possible par le soutien politique et économique des compagnies pharmaceutiques.

---

[26] Pour aller plus loin, consulter le blogue de Frances à l'adresse http://thehealthcareblog.com/blog/tag/allen-frances/ ou son livre *Saving Normal* qui jeta littéralement un pavé dans la mare au moment de sa parution.

Selon Frances, le milieu psychiatrique a été secoué, au fil du temps, par deux crises majeures. La première remonte aux années 1970, alors qu'une étude britannique démontre que des psychiatres provenant de l'Angleterre (5) et des États-Unis (3) ont posé des diagnostics différents pour un même patient[27]. Quant à la deuxième crise, elle serait directement liée à l'inflation des diagnostics engendrée par la publication du DSM-5. Puisqu'il n'y a pas de frontière claire entre le normal et l'anormal et plus largement dans la définition d'un trouble mental, les diagnostics positifs seraient de plus en plus nombreux. L'auteur et psychiatre donne l'exemple du trouble déficitaire attention avec ou sans hyperactivité (TDA\H) qui aurait triplé au cours des 20 dernières années, ou encore le trouble bipolaire qui aurait doublé (Frances, 2013). Cette surclassification s'accompagne également d'une surmédication des individus : le nombre de diagnostics entre le DSM-III et le DSM-5 ayant pratiquement quadruplé, on observe en parallèle une augmentation drastique des prescriptions pharmaceutiques[28]. Pour Yves Cartuyvels (2015), le DSM met en lumière trois changements dans le rapport à la santé mentale. Tout d'abord, la sortie de l'univers binaire santé/pathologie s'insère dans une conception de la médecine plutôt industrielle de la santé mentale répondant aux besoins d'un modèle managérial contemporain. À ce sujet, l'auteur avance l'idée que les interventions ne visent pas uniquement à comprendre la souffrance vécue, mais

---

[27] Kendell, R.E., Cooper, J.E. & Gourlay, A.J.. (1971). Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry,* 25(2), 123-130.

[28] Bien que la consommation ou du moins la prescription de médicaments soit très élevée en milieu carcéral, les psychotropes demeurent à ce jour la catégorie la moins discutée dans la littérature et pourtant la plus utilisée. À cet effet, les dépenses en produits pharmaceutiques ont fait un bond remarquable en 10 ans, passant de 7 $ en 1990 à 81 $ en 2000 (Lund *et al.*, 2002). Lind et ses collaborateurs (2009) ont illustré dans leur recherche que le taux de prescription lié aux médicaments antipsychotiques est resté relativement stable au cours des dernières années. L'augmentation la plus importante a été constatée pour les médicaments antidépresseurs, passant de 23 $ par 100 détenus en 1990 à 4 986 $ en 2000. Globalement, il s'agit d'une augmentation de 62,4 % du budget réservé pour les médicaments. Le tableau est sensiblement le même pour les stabilisateurs de l'humeur.

surtout à ce que l'individu « redevienne fonctionnel ». La visée émancipatrice de l'autonomie aurait été remplacée par la valorisation de l'intégration au marché du travail (Aballéa, 2013). Ensuite, Cartuyvels affirme que si le langage normé introduit par le DSM permet d'uniformiser les appellations, il rend par ricochet impossible tout un monde de pensées. Certes, les professionnels peuvent s'entretenir dans un vocabulaire partagé et reconnu par les pairs, mais ils contribuent ainsi à dépolitiser les enjeux sociaux liés à la santé mentale. Enfin, parce qu'il y a normalisation de la prise de médicament en soutien à une souffrance, la pratique découlant du DSM participe à la médicalisation des troubles mentaux (Cartuyvels, 2015).

Par ailleurs, Cartuyvels se demande si la multiplication des diagnostics ne témoignerait pas d'une pathologisation du *normal*, de l'homme ordinaire (par exemple, le deuil est maintenant intégré au DSM-5).

Les études intégrées dans le DSM sont basées sur des données probantes, ce qui pour le sociologue Francois Abbaléa témoigne du renforcement du contrôle social à travers le travail social. En effet, dans un texte fort intéressant publié en 2013, Abbaléa discute des raisons pour lesquelles on doit demeurer critique devant ce qu'on appelle les données probantes. Tout d'abord, ce n'est pas parce qu'une pratique n'a pas de résultat qu'elle n'est pas valide. Ensuite, la majorité des études intégrées dans ce qui est considéré comme étant les meilleures pratiques sont réalisées dans un contexte anglo-saxon, excluant du coup d'importantes différences culturelles. Pour l'auteur, les données probantes s'inscrivent dans le continuum d'une gestion médicale des problèmes sociaux qui met l'accent sur l'approche médicale et pharmaceutique. Enfin, bien que les données présentent une validité interne, c'est-à-dire que les analyses concordent avec les résultats, il n'en est rien par rapport à la validité externe, c'est-à-dire lors de la généralisation des résultats dans d'autres contextes (Abbaléa, 2013).

2.5 Transformation des interventions en psychiatrie légale

2.5.1 Les équipes mobiles de crise

Dans les dernières années, certaines pratiques d'intervention ont été mises en place afin de minimiser le recours au système pénal et à l'incarcération et ainsi favoriser la déjudiciarisation des personnes présentant un problème de santé mentale. Un ensemble de facteurs ont mené à la création de ces nouvelles pratiques : difficultés d'accès à des soins et services pour certaines personnes, détérioration des conditions de vie, accélération de la judiciarisation et admission récurrente dans les urgences psychiatriques (Laberge, Landreville et Morin, 2000).

Les équipes mobiles de crise sont un exemple de mode d'intervention déployé dans une visée de déjudiciarisation. Robin et son équipe soulignent que l'émergence des dispositifs d'urgence « repose aussi paradoxalement sur la chronicité hospitalière en psychiatrie » (Robin *et al.*, 2001, p. 154). Ils proposent également certaines pistes de solution afin de détourner la logique d'intervention centrée sur l'hôpital : développer des structures post-hospitalisation, favoriser les pratiques décentrées par rapport à l'hôpital et, surtout, renforcer les pratiques et les interventions de « première ligne ». Toujours selon ces auteurs, l'urgence psychiatrique doit être ancrée dans un réseau plus vaste de partenaires où l'hospitalisation dite « classique » est possible, mais non exclusive. C'est ainsi que les équipes mobiles de crise, composées de professionnels issus de différentes disciplines de la santé (infirmières, travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, pairs aidants, etc.), proposent une alternative à l'hospitalisation et même à la judiciarisation des personnes ayant un problème de santé mentale.

De manière générale, ces équipes travaillent sous mandat d'un hôpital ou d'une agence de services sociaux et se déplacent dans le milieu de vie de la personne. En plus de constituer une alternative à l'hospitalisation, les équipes mobiles de crise répondent généralement dans un court laps de temps (Hasselberg, Grawe, Johnson et Rudd, 2011). Différents objectifs semblent avoir motivé le développement de ces équipes d'urgence. Par exemple, les équipes d'urgence en situation de crise permettent de diminuer les admissions et la durée des séjours en psychiatrie, et par conséquent les couts reliés, tout en répondant aux besoins des personnes (Carpenter, Falkenburg, White et Tracy, 2013). Un autre objectif de la mise en place de ces équipes est la diminution du phénomène de la porte tournante, que l'on définit par un accès de courte durée et à répétition aux services sans qu'une réponse satisfaisante soit apportée aux besoins de la personne. Ces équipes s'activent pour la majorité selon un horaire constant, soit 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Aux États-Unis, la Baltimore Crisis Responses Inc.[29] est un exemple d'équipe mobile de crise qui offre un service à toute heure du jour et de la nuit. Elle réalise ainsi des interventions en situation de crise et des évaluations ou encore offre différents traitements. L'équipe répond à une moyenne de 7 350 appels par année, dont environ 30 % sont pour de l'aide immédiate de crise, 19 % pour des personnes ayant des idées suicidaires, 14 % pour des services de référence, 26 % pour du soutien téléphonique et 10 % pour du suivi en lien avec un appel antérieur.

---

[29] Pour voir le site de l'équipe : https://bcresponse.org/index.html.

En France, l'Équipe rapide d'intervention de crise réalise des interventions en situation de crise en collaboration, lorsque possible, avec les proches de la personne. L'équipe est composée de psychiatres, de psychologues, de cadres et de 17 infirmières, et est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Selon le mandat de l'équipe, il est possible de faire un suivi post-urgence. Le mode d'intervention de l'E.R.I.C. repose essentiellement sur la théorie systémique, mais non exclusivement puisque les professionnels prescrivent aussi couramment différents psychotropes (Robin *et al.*, 2001).

À Montréal, l'Urgence psychosociale-justice (UPS-J) relève de ce modèle d'intervention. L'UPS-J a débuté ses interventions en octobre 1996 et offre des interventions en psychiatrie-justice. De manière plus spécifique, son mandat visait à l'origine la déjudiciarisation des personnes ayant commis un acte criminel et ayant un problème de santé mentale. Depuis, son mandat s'est considérablement élargi. En effet, en 2001 s'est ajouté le rôle d'estimer la dangerosité d'un individu en crise en lien avec son état mental. En vertu de la loi P-38[30], les professionnels de l'équipe ont reçu le pouvoir de restreindre les droits fondamentaux d'un individu présentant un état mental perturbé et un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui, en le contraignant à se rendre à un hôpital pour y recevoir une évaluation psychiatrique. Au printemps 2007, l'UPS-J recevait un nouveau mandat d'intervention : offrir un service de soutien aux personnes venant de faire la découverte du décès de nature non criminelle d'un proche (Fournier, 2012). La réponse offerte par l'UPS-J est quasi immédiate : un délai d'une vingtaine de minutes seulement est généralement nécessaire pour que le binôme se rende sur les lieux de la crise. On retrouve au sein de l'équipe

---

[30] La loi P-38 est une loi d'exception qui a été documentée au chapitre premier.

un peu plus d'une vingtaine d'intervenants issus de différentes disciplines universitaires : travail social, soins infirmiers cliniques, psychoéducation, sexologie, psychologie et criminologie.

Du côté du Service de police de la Ville de Montréal, une équipe de soutien aux urgences psychosociales (ÉSUP) composée d'intervenants sociaux et de policiers circule afin de répondre et d'intervenir en situation de crise. Cette équipe a la particularité d'être le point de rencontre de deux cultures professionnelles bien différentes.

Selon Dyches, Biegel, Johnesen, Guo et Min (2002), les équipes mobiles de crise desservent une population ayant un profil bien distinct de celle rencontrée habituellement dans les salles d'urgence en psychiatrie. En effet, la population desservie par les équipes moblies serait plus âgée, référée par un membre de la famille, utiliserait souvent les urgences psychiatriques et aurait de la difficulté à combler ses besoins de base. En somme, ces personnes vivraient des situations plus complexes.

Pour résumer, les urgences psychiatriques et les équipes mobiles de crise proposent des approches différentes. Le travail d'équipe, la collaboration interdisciplinaire et la volonté de défendre le droit des personnes sont particulièrement importants au sein d'une équipe mobile de traitement. Selon certains auteurs, l'arrivée de telles équipes a permis un meilleur accès aux services de santé et de services sociaux à un groupe de personnes (par exemple les personnes en situation d'itinérance) (Dyches *et al.*, 2002). Il semble aussi que les équipes mobiles de crise soient plus efficaces que les salles d'urgence pour diriger la personne vers les services adéquats (*Ibid*). Par conséquent,

les équipes mobiles de crises doivent devenir un point central dans l'organisation des services communautaires.

2.6 Le modèle des interceptions

Munetz et Griffin (2006) ont développé un modèle séquentiel des interceptions entre la personne accusée d'avoir commis un délit, le système de justice et le système de santé et de services sociaux. Ce modèle poursuit l'objectif de réduire l'implication du système de justice dans la vie des personnes ayant un problème de santé mentale en diminuant le nombre d'admissions en milieu carcéral et le temps passé dans le système judiciaire. Pour ce faire, il illustre les différents points où des initiatives peuvent être envisagées pour tantôt réduire les risques qu'une personne commette un délit, tantôt diminuer la récidive criminelle. Il permet également de développer des pratiques alternatives et de contournement afin de prévenir la détention des personnes accusées d'un délit et ayant un problème de santé mentale. La figure 1 présente une traduction du modèle de Munetz et Griffin (2006

Services et pratiques cliniques

Figure 1.1 Le modèle séquentiel des interceptions (Munetz et Griffin, 2006)

Selon Munetz et Griffin, les personnes ayant un problème de santé mentale devraient être interceptées au tout début de leur trajectoire et ancrées dans un traitement le plus tôt possible, c'est-à-dire avant même qu'un acte délictuel soit commis. La forme d'interception la plus déterminante à leur avis réside donc dans l'accessibilité au système de soins. En effet, si un système se veut efficace, compréhensif et en mesure de répondre aux besoins des personnes, il doit d'abord être disponible et accessible. Quoi qu'il en soit, il semble que pour Munetz et Griffin le traitement soit surtout vu au travers une lunette psychologique, c'est-à-dire qu'il repose essentiellement sur des

traitements en psychothérapie ou en pharmacothérapie. En effet, il est peu mention dans leur modèle des conditions sociales et matérielles des personnes ciblées.

Munetz et Griffin (2006) ont ciblé cinq points d'interception qui sont considérés comme des filtres. Le premier fait référence aux forces de l'ordre et aux services d'urgence. Quand l'on sait que les policiers jouent un rôle déterminant lors de l'arrestation des personnes ayant un problème de santé mentale, cet intercepte devient central afin de pouvoir détourner les personnes du système de justice. C'est ici qu'interviennent les équipes mobiles pouvant désamorcer la « crise » et collaborer avec les agents de la paix afin que la personne soit transportée vers un lieu adapté (centre de crise, urgence psychiatrique, etc.). Cet intercepte repose donc sur la création d'équipes hybrides entre agents de police et intervenants sociaux qui répondent aux appels d'urgence ou encore circulent dans les quartiers afin de rejoindre plus facilement les personnes dans leur milieu de vie.

Le deuxième intercepte intervient une fois que la personne est arrêtée. Selon Munetz et Griffin, même lorsqu'un système de santé et de services sociaux est optimal, certaines personnes ayant un problème de santé mentale seront néanmoins arrêtées. Les auteurs proposent ici d'inclure des intervenants sociaux dans les cours de justice afin de conseiller la magistrature face à un possible problème de santé mentale et aux alternatives à l'incarcération (Munetz et Griffin, 2006).

Dans l'idéal, les deux premiers filtres auraient intercepté la majorité des personnes ayant un problème de santé mentale et ainsi permis d'éviter leur incarcération ou leur poursuite dans la trajectoire judiciaire. Toutefois, les statistiques le démontrent : les personnes ayant un problème de santé mentale sont surreprésentées dans le système

judiciaire (Protecteur du citoyen, 2011). On retrouve donc dans ce troisième intercepte les tribunaux de santé mentale, où l'on mise sur la résolution de problèmes et l'ancrage par un traitement au lieu de focaliser sur la sentence.

Le quatrième intercepte désire favoriser l'arrimage entre les intervenants de l'équipe de soins et le système judiciaire. En effet, les communications entre ces deux catégories d'acteurs sont historiquement très limitées ; par exemple, il arrive souvent que les équipes traitantes ne sachent pas qu'une personne soit incarcérée (Munetz et Griffin, 2006). C'est pourquoi on préconise ici le suivi avant et après la remise en liberté d'une personne, visant ainsi la continuation des services dans les établissements correctionnels afin de mettre fin au cycle de récidive fréquemment associé aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et accusées de délits.

Enfin, le dernier intercepte mise sur la collectivité. Les personnes en probation devraient être l'objet d'une attention particulière et les agents de probation qui leur sont dédiés devraient recevoir une formation spécifique. Cependant, le nombre de personnes en probation ne cesse d'augmenter et les taux de non-respect des conditions de probation sont plus élevés pour celles ayant un problème de santé mentale. Par conséquent, elles sont proportionnellement plus nombreuses à réintégrer le milieu carcéral (Munetz et Griffin, 2006). Par exemple, aux États-Unis, elles étaient en 2003 plus de 4,8 millions. Au Canada, le phénomène implique environ 96 000 personnes (Statistiques Canada, 2017). Xavier de Larminat, dans son ouvrage *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert* paru en 2014, démontre bien comment le suivi probatoire des personnes dites « à risque » s'inscrit dans une perspective de plus en plus psychologisante de laquelle est écartée la situation sociale.

Abreu, Parker, Noether, Steadman et Case (2017) ont quant à eux travaillé de manière spécifique sur l'« intercepte 0 », soit tout ce qui englobe les interventions en amont de l'arrestation, incluant les interventions des équipes de crise et des premiers répondants. Les auteurs soulignent et reconnaissent que les agents de la paix sont investis d'un double rôle, soit d'agir à titre de premiers répondants et d'assurer la sécurité publique. L'intercepte 0 mise sur des stratégies favorisant l'arrimage des personnes ayant des problèmes de santé mentale aux services sociaux et de santé les plus appropriés. Dans le même ordre d'idées, Steadman et Morissette soutiennent que :

> *Rather than asking what police need to do when they encounter a person in distress in order to deescalate the situation and make appropriate referrals, the reframed question should focus on how police can be engaged as partners with behavioral health providers who are designing and implementing services in the crisis care continuum.* (2016, p. 1054)

Quoi qu'il en soit, les résultats des enquêtes demeurent mitigés quant au lien entre les services reçus en santé mentale et l'entrée dans le système de justice pénale (Morissey, Domino et Cuddeback, 2016). En effet, l'ancrage dans les services de santé mentale n'est pas nécessairement associé à une moindre présence dans le système de justice (Steadman, 2016). La recherche n'a pas encore de réponse claire quant à savoir pour qui et dans quelles circonstances les services en santé mentale font une différence en termes de prévention des délits.

En somme, différentes réformes dans les politiques touchant à la santé et aux services sociaux ont eu lieu aux États-Unis, en Europe et au Canada (Lafortune et Vacheret, 2009). Plusieurs recommandations ont d'ailleurs découlé de ces réformes : dépistage systémique des problèmes de santé mentale lors de l'admission, évaluation

psychiatrique plus approfondie lorsqu'un problème de santé mentale est détecté et usage approprié des médicaments[31]

[31] Les résultats de la recherche de Lafortune et Vacheret (2009) sur la consommation de produits pharmaceutiques dans le milieu carcéral révèlent que 40,3 % de l'ensemble des détenus ont reçu au moins une prescription au cours des 5 dernières années. Plus précisément, l'analyse sexospécifique démontre que le taux est de 33,6 % chez les hommes et de 60,8 % chez les femmes.

*****

En retraçant l'histoire de la psychiatrie de la période coloniale à aujourd'hui, il a été possible de documenter les grands éléments de continuité et de discontinuité dans les pratiques en santé mentale. Ce chapitre a notamment démontré que la création des asiles, des hôpitaux généraux et des orphelinats avait souvent pour but d'assurer la cohésion sociale et morale, et non de traiter, de soigner et de prendre soin de la population. Ce constat est nécessaire afin de mieux comprendre et documenter le rôle actuel des institutions et des dispositifs complexes. De surcroît, les changements au niveau des pratiques, des traitements et des modes de régulation, instillés par les façons de concevoir tantôt la folie, tantôt la maladie mentale ou encore la santé mentale, révèlent l'emprise tous azimuts que détient la psychiatrie sur le social.

Le modèle des interceptions proposé par Munetz et Griffin (2006) s'avère particulièrement intéressant puisqu'il permet de cibler les différentes interventions pouvant être mises en œuvre pour limiter la trajectoire judiciaire des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. D'ailleurs, ce modèle sera repris à différents moments au cours de cette thèse, notamment pour illustrer les enjeux liés aux tribunaux de santé mentale et les parcours complexes des personnes ayant un problème de santé mentale et qui sont confrontées au système judiciaire.

En somme, l'hôpital psychiatrique et la prison partagent ce dénominateur qu'est l'exclusion sociale. À cet effet, la présente thèse vise à étudier et à comprendre l'incarcération au-delà du seul prisme du contexte pénal, en prenant en compte un enfermement plus large qui s'inscrit dans un cadre institutionnel tripartite (asile-tribunal-prison), et ainsi à mettre en lumière le phénomène de l'enfermement hors les murs.

VOLET II

CIBLER, RÉGULER ET TRAITER LES TROUBLES MENTAUX DANS LE SYSTÈME JUDICIAIRE

Psychiatre 1 : I think he's dangerous, he is not crazy, but he's dangerous.

Psychiatre 2 : You don't think he's crazy?

Psychiatre 1 : No, he is not crazy.

Psychiatre 2 : Dr. Songee?

Psychiatre 3 : I don't think he's overly psychotic. But I still think he's quite sick.

Psychiatre 2 : Do you think he is dangerous?

Psychiatre 3 : Absolutely so.

Psychiatre 1 : Well, John, what do you want to do with him?

Psychiatre 3 : I think we've had our turn. I'd like to send him back to the work farm, frankly. Is there anybody that you have on your staff, that could relate to him? Maybe understand him, help him out with some of these problems?

Psychiatre 1 : The funny thing is, that the person that he's the closest to is the one he dislikes the most. That is you, Mildred.

Nurse : Well, gentlemen in my opinion, if we send him back to Pendleton or we send him up to Disturbed it's just one more way of passing on our problem to somebody else. You know, we don't like to do that. So I'd like to keep him on the ward, I think we can help him.

— *One Flew over the Cuckoo's Nest*, 1975

Introduction

Cet extrait du film *One Flew over the Cuckoo's Nest* de Miloš Forman illustre efficacement l'ambivalence de l'équipe médicale : Le patient McMurphy est-il dangereux ? Est-il fou ? Doit-il rester interné ou *a contrario* quitter l'hôpital psychiatrique ? Précisons que McMurphy, à force de se trouver devant la justice, a cru judicieux de plaider la folie. Dès lors, le personnage incarne une position ambigüe jouant sur deux figures : celle du fou et du criminel dangereux. En toile de fond, cet extrait nous révèle également la partie trouble liée à la prise en charge : Que faire avec les personnes circulant entre les frontières institutionnelles ? Cette scène reste d'actualité à une époque où les questions de dangerosité et de risque prennent une ampleur tous azimuts.

S'il est généralement entendu que le point commun entre la personne criminelle et le fou réside dans la dangerosité perçue ou réelle, les liens effectifs entre violence et troubles mentaux seront toutefois remis en question dans la première partie de ce volet. Ce troisième chapitre sera ainsi l'occasion de scruter la littérature afin de répondre à cette question pernicieuse : Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont-elles plus violentes que les autres ? Sont-elles véritablement plus dangereuses ou plus à risque d'avoir des comportements violents ? Il sera aussi intéressant d'étudier quels sont les délits pour lesquels les personnes ayant un problème de santé mentale sont habituellement accusées.

Dans la deuxième partie de ce volet, il sera question du thème central de la thèse, soit la justice thérapeutique. Dans un premier temps, les études classiques ayant mobilisé

la *therapeutic jurisprudence* seront exposées afin de définir ce concept contemporain et de le positionner au sein du système de justice. Le dernier chapitre s'intéressera plus spécifiquement aux tribunaux de santé mentale et abordera différents thèmes : Qui sont les personnes interpelées par ce type de tribunal ? Quel est le rôle de cette instance, et donne-t-elle les résultats escomptés ?

CHAPITRE III

TROUBLES MENTAUX, DANGEROSITÉ ET VIOLENCE

3.1 Introduction

Le « fou tueur » est un personnage récurrent dans certains types œuvres littéraires et cinématographiques. Cette image forte tend à participer à la construction sociale arrimant dangerosité et problème de santé mentale. Au-delà de l'univers du spectacle, on doit travailler à démystifier les questions liées au champ large de la santé mentale et de la violence : Les personnes présentant des problèmes de santé mentale sont-elles plus violentes que la population en général ? Quels types de crimes commentent-elles ? Quels sont les types d'accusations les plus fréquents ?

Ce chapitre présentera les connaissances les plus récentes en matière de dangerosité réelle ou perçue des personnes ayant un problème de santé mentale. Or, il semble que les études et enquêtes ne s'entendent pas sur le risque que présentent les personnes ayant un problème de santé mentale : en effet, si certains individus démontrent une propension plus grande à adopter des comportements violents, d'autres affichent exactement la tendance inverse.

3.2 Survol des délits et des peines

Dans 50 % à 70 % des cas où une personne ayant un problème de santé mentale est accusée d'un délit, ce sont les membres de l'entourage familial qui en sont les victimes, et plus précisément les mères lorsque les épisodes de violence sont répétés (Milland, 1996). La victime est inconnue de son agresseur dans seulement 13 % des situations. Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) rapportent que les deux tiers des comportements délictuels des personnes présentant un trouble mental se produisent dans une résidence privée et que très peu, soit 13 %, sont planifiés ou impliquent une recherche active de la victime. Au Canada, l'enquête de Stuart et Arboleda Florez (2001) révèle que seulement 3 % des délits commis dans la communauté sont attribuables à des personnes ayant un trouble mental.

L'une des recherches classiques ayant permis de dresser un portrait étoffé des taux d'arrestation des personnes à la suite d'une hospitalisation psychiatrique est celle menée par Brill et Maltzberg en 1962. Les auteurs ont étudié plus de dix mille personnes dans un intervalle de cinq ans suivant leur hospitalisation et démontré que, globalement, les personnes connues des services psychiatriques et possédant un casier judiciaire détenaient un taux d'arrestation plus élevé que les patients sans antécédents judiciaires et que la population générale. Brill et Maltzberg ont aussi insisté sur le fait que les anciens patients en psychiatrie sans antécédents judiciaires démontraient un taux d'arrestation plus bas que la population générale. L'étude menée en 1978 par Steadman, Cocozza et Melick vient toutefois contredire ces résultats. En effet, selon les résultats de leur enquête menée auprès de quatre mille personnes à la suite de leur séjour en hôpital psychiatrique, ces dernières présentent un taux d'arrestation plus élevé que la population en général.

Pour leur part, Lurigio et Lewis (1987) ont étudié les dossiers de 320 personnes de la région de Chicago admises dans un hôpital psychiatrique. Les données révèlent que 10 % d'entre elles, soit 33 personnes, ont été arrêtées dans les 6 mois suivant leur sortie de l'hôpital pour un total de 58 arrestations ; ce taux équivaut à 1,76 arrestation par personne. Plus spécifiquement, 29 de ces 58 arrestations étaient dues à des conflits interpersonnels et la police a établi un lien avec un problème de santé mentale dans seulement 8 situations. Les données sont aussi révélatrices de la gravité des problèmes de santé mentale ou de la complexité des situations vécues par les personnes arrêtées puisque celles-ci démontraient un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que celles n'ayant pas été interceptées par la police (Lurigio et Lewis, 1987).

3.3 Troubles mentaux et violence

Pour le grand public, il existe une corrélation très forte entre les actes violents et les figures du fou et du malade mental (Rollandt, 2009). Millaud (1996) rapporte à juste titre que les personnes ayant un problème de santé mentale souffrent d'une double stigmatisation : celle suscitée par la maladie mentale et celle associée au caractère imprévisible des comportements violents qu'on lie à la folie (Bonta, Law et Hanson, 1998). Par conséquent, la peur ou encore la crainte de voir émerger ces comportements entraine de graves difficultés sociales pour les personnes ayant un problème de santé mentale.

Quoi qu'il en soit, si l'on pose la question de front, à savoir si les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont davantage portées que la population générale à adopter des comportements violents, la réponse que l'on obtient se situe dans une zone grise.

De fait, le lien entre violence et trouble mental est complexe et aucune variable à elle seule ne permet d'expliquer ou encore de prédire un comportement violent (Crocker et Côté, 2010; Harris et Lurigio, 2007). Les études demeurent très prudentes et évoquent l'existence très probable d'un lien causal entre problème de santé mentale et violence (Dubreucq, Joyal et Millaud, 2005).

L'une des premières recherches ayant étudié le lien entre la santé mentale et la violence a été conduite dans les années 1920 par le médecin Maurice C. Ashley, qui a suivi un échantillon de 700 patients durant trois mois après leur sortie de l'hôpital afin de déterminer s'ils posaient une « menace criminelle » à la communauté. L'étude révèle que seulement 12 personnes ont été arrêtées pour des délits (Ashley, 1922). Pour sa part, Pollock (1938) a examiné un échantillon de patients d'un hôpital de l'État de New York, aux États-Unis. Les données qu'il a recueillies tendent à illustrer que les personnes ayant un problème de santé mentale présentaient les mêmes probabilités que le reste de la population d'être arrêtées pour un délit violent.

En 1990, une équipe déployée à la grandeur des États-Unis a lancé un ambitieux projet afin d'identifier des facteurs de risques concernant les comportements violents chez les personnes ayant un problème de santé mentale. Ce projet de recherche est connu sous le nom de « MacArthur Violence Risk Assessment Study ». Basées sur un suivi de 20 semaines, les données du projet MacArthur ont illustré que 18,7 % des personnes ayant un problème de santé mentale ont participé à des altercations violentes ce qui suggère l'existence d'une relation significative entre troubles mentaux et comportements violents (Steadman *et al.*, 1993). Cependant, on peut aujourd'hui remettre en question les résultats de cette recherche pour plusieurs raisons d'ordre méthodologique, notamment parce que la recherche a été réalisée dans un quartier de Pittsburgh réputé pour être violent.

Ceci étant dit, les recherches contemporaines sur les liens entre violence et troubles mentaux ne s'entendent ni sur le taux de prévalence ni sur l'existence d'un lien causal entre les deux. D'ailleurs, bien que les données suggèrent que les personnes ayant un problème de santé mentale sont proportionnellement un peu plus nombreuses que dans la population générale à présenter un comportement violent, la littérature rappelle que la majorité d'entre elles ne sont pas violentes (Hiday, Swanson, Swart, Borum et Wagner, 2001). Ainsi, en abordant d'un autre angle la donnée de Crocker et Côté (2010) selon laquelle entre 10 % et 25 % des personnes aux prises avec un problème de santé mentale important ont des comportements violents, on réalise que la majeure partie de ces personnes ne présentent pas de tels comportements.

Un aspect important à prendre en compte est la situation socioéconomique des personnes. Selon Dubreucq et ses collaborateurs (2005), une situation précaire est une donnée commune chez les personnes ayant un problème de santé mentale. On peut alors se demander si ce ne sont pas les contraintes et les difficultés inhérentes à des conditions socioéconomiques précaires qui favorisent l'apparition de certains comportements violents. Or, les conclusions de la méta-analyse réalisée par Dubreucq et son équipe (2005) indiquent qu'indépendamment de la prise d'alcool, de drogues ou de troubles mentaux « graves[32] », les personnes ayant un problème de santé mentale présentent un risque de violence envers autrui environ 3,7 fois plus élevé que la population générale. Les auteurs soutiennent aussi que 60 % des agressions se produisent durant les 20 premières semaines après la sortie de l'hôpital.

---

[32] Pour les auteurs, il s'agit des troubles délirants, de la schizophrénie, etc.

Par ailleurs, les données de la littérature illustrent que les personnes ayant un problème d'abus de drogues seraient entre 6,5 et 15,7 fois plus susceptibles de commettre un délit violent que la population générale (Crocker et Côté, 2010). Arsenault et ses collaborateurs (2000) affirment que les personnes ayant une dépendance à l'alcool ou à la marijuana et qui ont aussi un diagnostic de schizophrénie seraient responsables de plus de la moitié des délits violents. Les résultats tendent aussi à démontrer qu'une personne qui a deux de ces diagnostics (dépendance à l'alcool/marijuana et de schizophrénie) augmente de 8 à 18 fois ses probabilités de commettre un geste violent (Arseneault *et al.*, 2000). Cette donnée concorde aussi avec les résultats de Dubreucq et de ses collaborateurs (2005) qui postulent que la prise d'alcool ou de drogues augmente le risque de présenter un comportement violent. Néanmoins, il faut s'abstenir de conclure à un lien causal entre un diagnostic de dépendance et un comportement violent, mais plutôt envisager l'influence du contexte social dans lequel la personne évolue. En effet, une personne ayant des comportements addictifs pourrait être amenée à fréquenter le monde interlope de la vente de stupéfiants. D'ailleurs, Arsenault et ses collaborateurs (2000) révèlent que 83 % des personnes ayant reçu un diagnostic de dépendance dans leur échantillon reportaient avoir vendu des produits illicites durant la dernière année. En somme, il semble que l'un des facteurs « prédictifs » les plus forts pouvant mener à des comportements violents soit la dépendance, et ce, peu importe l'échantillon étudié (population générale ou personnes avec des problèmes de santé mentale).

Les recherches tendent aussi à démontrer une augmentation de la violence envers le personnel soignant pour les personnes ayant un problème de santé mentale. En effet, Tardiff et ses collaborateurs (1997) notent une augmentation de 150 % chez les hommes et de 50 % chez les femmes. Pourtant, on peut se demander si certains comportements déviants ont été redéfinis comme étant des indicateurs de santé mentale, ce qui pourrait expliquer la hausse importante de ces taux.

En somme, au regard des résultats présentés, aucun consensus ne semble se dessiner au sein de la communauté scientifique : si certaines études avancent des taux de violence plus élevés chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, d'autres apportent parfois des résultats différents, voire opposés.

3.4 D'individu « dangereux » à individu « à risque »

C'est à Raffaele Garofalo, ancien élève de Cesare Lombroso, que l'on doit le concept de dangerosité (Bernard, 2012). L'origine de cette notion fait écho à l'école positiviste qui recommande de sanctionner la personne accusée en fonction du dommage causé. Selon ce cadre de pensée, l'infracteur n'agit pas en raison de son désir ou de son libre arbitre : la personne est considérée sous le prisme du déterminisme. La dangerosité suppose donc la rencontre de dispositifs propres à l'individu et de sa situation. Par différentes sanctions ainsi que différents traitements, on doit identifier et neutraliser les individus dits « dangereux ». Sous une approche humaniste, la dangerosité vient justifier le châtiment, mais uniquement quand la personne accusée peut être déclarée responsable.

Les débats scientifiques, politiques et sociaux entourant la validité des facteurs de risque ne sont pas nouveaux. En effet, ceux-ci sont présents dans les milieux académique et juridique depuis les années 1960. En 1966, aux États-Unis, la Cour suprême a soulevé des doutes quant aux méthodes employées dans l'évaluation de la dangerosité d'une personne accusée : il s'agit du cas Baxstrom v. Herold. Pour résumer, une décision administrative a permis de retenir Baxstrom dans un hôpital psychiatrique alors qu'aucune audience n'avait eu lieu et surtout que les conclusions du rapport

psychiatrique stipulaient qu'il n'y avait aucune raison de ne pas transférer Baxstrom dans une institution générale (Steadman et Cocozza, 1974). Le requérant avait été jugé « *insane* » au moment de l'évaluation par un médecin, ce qui a permis son transfert vers l'institution psychiatrique. L'argumentaire de l'avocat de la défense s'est alors basé sur l'idée que la décision du tribunal de maintenir une personne dans une institution psychiatrique doit se fonder non seulement sur son casier judiciaire, mais également sur la preuve que la personne est réellement dangereuse, ce qui n'était pas le cas ici. À la suite de la décision de la Cour suprême, environ 900 patients gardés à l'hôpital psychiatrique de l'État de New York sur la base de leur prétendue dangerosité ont été libérés. Le cas de Baxstrom a ainsi mis en doute la capacité des cliniciens dans la prédiction de la dangerosité. D'ailleurs, Steadman et Cocozza (1974) écrivent que les cliniciens ont une forte propension à déclarer rapidement qu'il y a risque de comportement violent dans le futur. Certains auteurs critiques vont jusqu'à dire que « [the] *psychiatrists have bitten off more than they can chew* » (Harris et Lurigio, 2007, p. 547).

Les travaux développés par Monahan à partir des années 1980 vont prouver le caractère incertain des évaluations en démontrant que seulement le tiers de celles-ci offrent une prédiction fiable de la dangerosité. Ces critiques font écho aux nouvelles méthodes portant sur les calculs probabilistes et de distributions statistiques (Simon, Voyer, Paillard et Jaafari, 2009).

De manière générale, la notion de risque fait référence à la propension d'un individu à avoir un comportement délictuel, violent ou pas, à un moment donné et en fonction de changements particuliers. Les travaux sur le risque reconnaissent ainsi le caractère mouvant des facteurs, dans la mesure où ils distinguent les variables statistiques des variables dynamiques. Selon Szmukler et Rose (2013), la dangerosité est redéfinie non

plus comme étant une « psychopathologie », mais le résultat d'une combinaison de faits, d'évènements relevant de la conduite passée et surtout de la probabilité d'échec dans les capacités de l'individu à maitriser ses pulsions violentes. C'est ainsi que la notion traditionnelle monolithique de dangerosité a été remplacée par celle de risque.

Les enquêtes sur le risque demeurent assez récentes puisqu'au début des années 1980, la psychiatrie était incapable de prédire des comportements violents (Monahan, 1982). Les conclusions des études de cette époque peuvent être résumées par les propos de Monahan et de Steadman : « *When appropriate statistical controls are applied for factors, such as age, gender, race, social class, and previous institutionalization, whatever relations between crime and mental disorder are reported, tend to disappear.* » (1983, p. 152) Les études sur les facteurs de risque ont pris leur essor au cours des années 1990 et plus encore dans les années 2000. Pour Douglas et Skeem (2005), équilibrer la responsabilité de la gestion efficace des risques et la protection de la sécurité publique demeure l'aspect le plus ardu des évaluations auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. De nouveau, les facteurs de risque ou encore la capacité de prédire un comportement violent demeurent incertains, flous, mais toujours décisifs dans l'élaboration un plan d'intervention ou de libération.

La question de la prédiction en psychiatrie s'est précisée lorsqu'elle a été abordée en termes de facteurs de risque de violence. En supposant que la dangerosité varie en fonction d'une série de facteurs (Millaud, 1996), on admet une certaine fluctuation dans le temps et dans l'intensité de la violence. Dans les faits, il semble que la dangerosité s'inscrit plutôt dans un continuum plus que dans une dichotomie possible/impossible. D'ailleurs, la combinaison troubles mentaux et violence est souvent établie en fonction du risque absolu (un comportement violent dans une période donnée), de risque relatif (un comportement violent comparativement à celui d'une personne d'un groupe

comparatif) et d'un risque attribuable (un comportement violent attribuable dans la société aux personnes ayant un problème de santé mentale)[33].

Bonta et ses collègues (1998) ont réalisé une méta-analyse afin d'examiner si les facteurs prédictifs de la récidive pour les personnes ayant un problème de santé mentale sont différents de ceux qui ont été définis pour la population en général. Les auteurs ont ciblé plus de 74 facteurs pouvant mener à un comportement criminel et les ont regroupés en quatre catégories générales. La première catégorie fait écho aux aspects démographiques. Les variables significatives à l'intérieur de cette catégorie sont l'âge, le genre et l'état civil. Autrement dit, être un jeune homme célibataire répond à trois facteurs prédictifs. La deuxième catégorie concerne l'histoire criminelle, et l'ensemble des variables qu'elle regroupe sont significatives. En effet, les résultats de la méta-analyse indiquent que d'avoir commis un acte délictuel dans le passé augmente les probabilités d'en commettre un nouveau. Quant à la troisième catégorie, elle est liée au style de vie déviant : le fait d'entretenir peu de relations sociales et d'avoir des relations familiales dysfonctionnelles ont émergé comme étant des facteurs prédictifs d'un acte délictuel. Enfin, pour ce qui est de la quatrième catégorie qui comprend l'histoire clinique ou psychiatrique, aucun facteur ne s'est avéré significatif. Ainsi, les facteurs prédictifs d'un délit ne semblent pas différents selon que les personnes aient ou non un problème de santé mentale. Bonta et ses collaborateurs (1998) partagent la même conclusion que Brill et Maltzberg en 1962 : les antécédents criminels demeurent le meilleur facteur prédictif d'un acte délictuel, violent ou pas.

---

[33] Les outils d'évaluation peuvent être divisés en deux catégories larges : les outils de la première catégorie servent généralement à prédire le risque selon une approche actuarielle, c'est-à-dire à partir d'une probabilité statistique (Coté, 2002) ; quant à la deuxième catégorie, les outils d'évaluation ont pour objectif d'aller au-delà de l'évaluation afin de gérer le risque et combinent données qualitatives et données quantitatives.

Beaucoup d'exemples témoignent de la construction sociale de la dangerosité et de la santé mentale. Eugène Dally, médecin et vulgarisateur scientifique, affirmait déjà au XIXe siècle qu'il était quasiment impossible de cibler des critères fiables permettant de distinguer les criminels fous et dangereux (Renneville, 2011). Et cette remarque semble toujours d'actualité puisque Crocker et Côté (2009) font remarquer que le Code criminel canadien n'établit pas de critères spécifiques et opérationnels définissant en quoi consiste une menace réelle et immédiate, c'est-à-dire la notion de risque. D'ailleurs, en proposant un discours sur le risque apparemment neutre et apolitique, le système judiciaire admet une preuve factuelle qui ne peut être contrebalancée : « l'expert sait mieux ».

Dans *Dangerosité et justice pénale* (1981), Debuyst exprime que le concept de dangerosité découle de la volonté politique de gérer une population d'individus posant problème. Dans ce contexte, comme le souligne Marie-Andrée Bertrand (2005), il est pertinent de préciser que la perception du risque est influencée par des conditions culturelles, politiques et économiques à une époque donnée. Dans le même ordre d'idées, Pratt (2001) écrit que la dangerosité est caractérisée par un « va-et-vient » selon les valeurs changeantes de la société.

Pour Pratt (2011), la dangerosité fait écho à une construction sociale plutôt qu'à une entité ontologique. Qui plus est, des changements importants sont survenus non seulement dans la définition de « qui » est dangereux, mais aussi, et surtout, sur ce que Pratt nomme le « calibrage de la dangerosité ». Certaines auteures parlent d'un virage punitif ou encore d'une dérive sécuritaire (Bellot et Sylvestre, 2017). À cet effet, Carrier (2010) spécifie qu'un tel virage se reconnait de trois principales façons : 1) lorsqu'il y a augmentation de la population carcérale ; 2) lorsqu'il y a un déplacement des logiques de gestion des personnes criminalisées ; 3) lorsqu'on

privilégie un registre centré sur l'émotion qui donne lieu à une pénalité « plus expressive ».

Quoi qu'il en soit, Protais et Moreau (2009) expliquent que l'intervention des psychiatres en matière de dangerosité et de récidive n'est pas nouvelle, mais qu'une majorité d'entre eux contournent la question de la dangerosité criminologique et se « contentent » de répondre à celle de la dangerosité psychiatrique. La « dangerosité criminologique » se définit par la probabilité de commettre une infraction pénale tandis que la dangerosité psychiatrique « désigne le risque de passage à l'acte hétéro ou autoagressif lié à un trouble mental » (Protais et Moreau, 2009, s. d.). Cette distinction a le mérite, d'une part, de déconstruire l'association entre dangerosité et folie et, d'autre part, de redéfinir le champ de la dangerosité en fonction de l'état actuel d'une personne.

En somme, la dangerosité peut être appréhendée comme un concept hygiéniste évoluant en fonction du moment et du lieu. La dangerosité revêt aussi un aspect subjectif, puisqu'elle se base sur la prédiction d'infractions pouvant être commises dans le futur. Qui plus est, en ne prenant en compte que certains actes passés et non leur cumul, le principe de dangerosité permet à certains pouvoirs publics de se déployer sur la base de déductions parfois biaisées. Pour Bernard, « au nom de la prévention [sociale], une prévision [médicale] est demandée au psychiatre pour justifier une répression (judiciaire) » (2008, p. 48).

En somme, il importe de rappeler que les études portant sur la victimisation des personnes ayant un problème de santé mentale indiquent très clairement que ces dernières se retrouvent plus souvent dans le rôle de victime que d'agresseur, et le trouble mental lui-même autant que la situation sociale des personnes en seraient à la

source. L'étude de Hiday et de ses collaborateurs (2001) s'est penchée sur l'importance relative de la victimisation comme un facteur possible conduisant à des comportements violents chez les personnes ayant un problème de santé mentale. Les résultats de l'étude révèlent un taux plus élevé de victimisation chez celles-ci que dans la population générale. Plus spécifiquement, les données démontrent que de 65 % à 81 % des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale subiraient de la maltraitance. De surcroit, les individus de l'échantillon qui ont déclaré avoir agi violemment ont également mentionné qu'ils se sentaient menacés par d'autres personnes de leur réseau et qu'ils étaient victimes de violence (Hiday *et al.*, 2001). L'enquête dirigée par Teplin et menée auprès de 936 personnes ayant un problème de santé mentale dégage aussi des probabilités jusqu'à 11 fois plus élevées chez ces dernières que chez la population en général d'être victime de violence (Teplin, McClelland, Abram et Weiner, 2005). Ces résultats corroborent ceux d'une enquête nationale portant sur la victimisation et le crime à laquelle 32 449 personnes ont répondu aux États-Unis. Pour l'ensemble de ces auteurs, la victimisation est sans équivoque un problème majeur et complexe vécu par les personnes ayant un problème de santé mentale et vivant dans la communauté.

Pour Slovic (2000), la perception du risque relève de jugements subjectifs. Les définitions plus récentes de la notion de risque parlent essentiellement d'une estimation de la probabilité qu'un évènement défavorable se produise et de ses conséquences (Boyne, 2003). Les critiques formulées à l'égard de cette approche technique du risque qui est devenue prédominante touchent à son étroitesse et au fait qu'elle soit synonyme de « danger ». Or, la manière que les individus définissent ce risque est encore très vague (Tulloch et Lupton, 2003). En effet, les perceptions du risque consistent en un mélange, une hybridation, un entremêlement de normes sociales véhiculées dans des contextes historiques et politiques précis ; elles sont donc malléables et dynamiques. Autrement dit, ce qui est perçu comme un risque à un « moment social » donné peut être qualifié tout à fait différemment à un autre moment. L'obsession de la prédiction

et de la neutralisation du risque seront au cœur de la nouvelle pénologie (Vacheret, Dozois et Lemire, 1998).

3.5 La nouvelle pénologie

Décrit pour la première fois en 1992 dans un article devenu maintenant classique, « The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications » (Feeley et Simon, 1992), le concept de nouvelle pénologie entraine un véritablement renversement paradigmatique dans le champ de la justice pénale (Quirion, 2006). En effet, cette nouvelle manière d'appréhender les personnes dans les institutions judiciaires a abouti, comme démontré par les auteurs, à la création d'outils actuariels visant à évaluer et à classer les populations dites « à risque » (Feeley et Simon, 1992). En toile de fond de la « nouvelle »[34] pénologie, deux considérations méritent d'être exposées. La première fait référence à cette idée de Feeley et Simon (1992) disant que la justice est de plus en plus comprise non pas comme un système rationnel, mais plutôt à travers la rationalité de la justice. Autrement dit, selon ces auteurs, la justice serait de plus en plus comprise non comme un système rationnel, mais à travers la rationalité du système (Mary, 2001). La deuxième considération soulève la logique d'exclusion sous-tendue par un système judiciaire qui se concentre sur la gestion des individus dangereux, en opposition à une logique de réinsertion (Vacheret, Dozois et Lemire, 1998). Le

---

[34] Selon Vacheret, Dozois et Lemire, le « modèle canadien de gestion du risque n'est pas tant que cela en rupture avec les perspectives passée. Non seulement plusieurs idées de la nouvelle pénologie existent au Canada depuis longtemps, mais encore, certains éléments du système de correction antérieur sont toujours présents » (1998, p. 48).

système ne vise pas ici à éliminer le risque, mais plutôt à le « rendre tolérable, [à] le circonscrire dans des limites sécuritaires acceptables » (Mary, 2001, p. 2).

Selon Feeley et Simon (1992), le crime est un risque normal et un problème technique, et non un problème individuel ou social. Cette vision du crime n'est pas sans rappeler celle de Durkheim, selon qui « le crime est normal, parce qu'une société qui en serait exempte est tout à fait impossible » (1960, p. 65). Il serait alors plus indiqué de s'attarder à ses effets qu'à ses causes. Ceci étant dit, si le crime est un risque, il faut, comme société, essayer d'en prévoir « l'occurrence et de minimiser les impacts négatifs » (Slingeneyer, 2007, p. 8).

Pour Beck (2011), l'émergence de ce qu'il appelle la « société du risque » témoigne de la manière dont les institutions tiennent compte des risques sociaux, politiques, écologiques et individuels. La société du risque priorise ainsi l'anticipation et le contrôle, qui passent par une gestion et un calcul actuariels. Dans cette perspective, l'objectif de la peine est double : protéger la société contre les personnes à risque et protéger le système pénal.

Hannah-Moffat et Shaw offrent une lecture plutôt critique de la notion de risque et affirment que « la rationalité du calcul du risque est discrétionnaire et subjective : son objectivité, sa cohérence et son efficacité ne sont qu'illusoires » (2001, p. 59). Les facteurs de risque sont, de l'avis de ces auteures, hautement moralisateurs et représentatifs du monde social.

Pour résumer, on observe dans les années 1990 une nouvelle pénologie moins destinée à changer la personne accusée qu'à la contrôler. Dans les dernières années, d'importantes transformations du système pénal sont venues modifier les modalités traditionnelles d'intervention, passant d'une perspective de réinsertion sociale à un modèle de gestion des risques (Quirion, Jendly, Vacheret, 2012). Visant une rationalisation et une efficacité témoignant d'un virage actuariel, les mesures adoptées composent aussi une « nouvelle figure du justiciable considéré comme un individu appelé à agir de façon autonome et responsable » (Quirion, Jendly, Vacheret, 2012, p. 235). Il ne s'agit donc pas seulement de contrôler les personnes et d'empêcher la récidive, mais aussi, et surtout, de les responsabiliser dans leur trajectoire sociojudiciaire.

3.6 Le système pénal et la responsabilisation des acteurs

Si l'on devait désigner un point d'ancrage à partir duquel les stratégies d'intervention ont été marquées au fer par la responsabilisation des personnes judiciarisées, ce serait lors de la crise du providentialisme. En effet, cette crise qui marque l'entrée du néolibéralisme dans la construction et l'application des politiques sociales est aussi à l'origine de la vaste transformation du travail auprès d'autrui.

Plus concrètement, l'individu détenait auparavant un rôle passif et soumis dans la relation d'aide, mais les politiques sociales contemporaines misent plutôt sur la participation de l'individu : leurs objectifs consisteraient à accompagner l'individu afin de lui donner les moyens de se maintenir actif ou de le devenir (Astier, 2009). Ce changement d'orientation pose la notion d'utilité sociale de l'individu, marquant du

coup une transformation de l'action publique : l'individu est défini et doit surtout se définir, voire se prendre en charge par lui-même tout au long de l'intervention sociale. En essence, il s'agit d'interventions « sur-mesure » déterminées par les besoins des individus et les encourageant à choisir leur propre voie.

Avec ce changement de paradigme, l'État devient proactif dans sa volonté de gestion des risques sociaux[35] plutôt que de se contenter d'un rôle préventif (Astier, 2009). Les propos d'Isabelle Astier rendent bien ce que représentent la nouvelle institution, plus prégnante que jamais : « Elle se fait plus souple, elle se déconcentre ou se décentralise, elle fonctionne à partir des valeurs de liberté, de responsabilité, d'autonomie, elle affirme haut et fort la norme de projet et, surtout, s'applique à faire en sorte que chacun revendique le respect de son identité ou de sa dignité » (2009, parag. 12). Parce que l'autoréalisation et le projet deviennent nécessaires à l'individu, certains y voient le passage d'une société de production à une société de production de l'individu lui-même et par lui-même (Vrancken et Macquet, 2006). Ce nouveau « social » serait donc soucieux de rendre l'individu actif par l'offre de réponses publiques singulières.

Cette infiltration du discours sur l'état actif et la culture managériale semble aussi présente dans le domaine de la santé mentale. Pour Vrancken (2002), depuis l'expansion du champ de la santé mentale, un élargissement au niveau des intervenants sociaux s'est produit, ce qui s'est traduit par un brouillage des repères professionnels. De plus, les besoins des individus témoignent d'une précarisation sociale

---

[35] D'ailleurs, les connaissances liées aux facteurs de risque de chacune des catégories d'individus ainsi que les recoupements statistiques ont permis une extension impressionnante de ce domaine.

s'accompagnant d'une augmentation des problèmes et des troubles de santé mentale. Le référentiel psychologique devient du coup central dans les politiques sociales (Vrancken, 2002).

Pourtant, si pour Wacquant (2004) la société contemporaine traduit un glissement d'une société marquée par le *workfare* à la *prisonfare*, c'est que ce tournant punitif s'inscrit dans des politiques sociales tendant à diminuer la protection sociale. Pour cet auteur, il faudrait à présent penser les politiques sociales et les politiques pénales comme un tout puisque leurs référentiels s'appuient sur un postulat commun de dissuasion, de surveillance et de stigmatisation. Mais il semblerait plutôt que le déploiement de l'État pénal ait généré de nouvelles catégories, de nouveaux discours, de nouveaux savoirs, de nouveaux professionnels et de nouvelles politiques en ce qui a trait à la gestion des personnes vulnérables et marginalisées.

Si les problèmes de santé mentale sont le reflet d'une forme de vulnérabilité sociale contemporaine menant à des modes de gestion basés sur des enjeux normatifs et institutionnels, l'analyse de la gestion pénale des personnes ayant des problèmes de santé mentale doit s'inscrire dans un cadre d'études plus large touchant à la criminalisation des problèmes sociaux. À cet effet, les travaux de Bellot sur la judiciarisation de l'itinérance ont dévoilé cette dynamique qui contribue à prioriser la gestion pénale des populations marginales vivant dans l'extrême pauvreté. Mais que se cache-t-il derrière cette pénalisation des problèmes sociaux ? Pour certains (Bellot *et al.*, 2005; Wacquant, 2000), une lecture ancrée dans le paradigme de l'insécurité sociale plutôt que dans les causes sociales serait une dimension heuristique à explorer. Nous l'avons dit, ce nouveau traitement des personnes vulnérables serait générateur de nouvelles catégories favorisant une approche punitive des problèmes sociaux. Thomas

(2010) affirme d'ailleurs que le développement d'une industrie de la vulnérabilité fait en sorte que les personnes vulnérables jouissent d'une citoyenneté qu'elle qualifie de « palliative » et par laquelle leurs droits sociaux sont largement diminués[36]. Pour Wacquant (2004), la pénalisation de la précarité, qui du coup dépasse la seule répression pénale, témoigne de l'émergence d'un nouveau gouvernement de l'insécurité sociale. Pour Otero (2015), ces changements s'inscrivent dans une ère de postdéjudiciarisation caractérisée par une dynamique psychosociale axée sur le « dangereux, en danger et dérangeant ». Pour de Larimat (2015), l'essor des peines de probation constitue l'élément le plus remarquable de cette nouvelle logique de gestion des risques.

L'une des caractéristiques de notre société contemporaine est la prévalence des savoirs d'experts, qui participent à construire et à négocier certains discours sur le risque et la responsabilisation (Foucault, 1991; Giddens, 1991; Lupton, 1999). Foucault (1991) l'a bien démontré par sa fine étude d'archives : les systèmes gouvernementaux modernes se sont construits autour des concepts de loi, d'ordre et d'autogouvernance, par opposition au maintien de l'ordre par la force. Foucault a inscrit un tournant historique en matière d'analyse de gouvernance en définissant le concept de « biopouvoir » apparu au 18e siècle :

---

[36] En 2012, Marie-Eve Sylvestre a publié dans la revue *Nouvelles pratiques sociales* une recension critique de l'ouvrage de Thomas et exploré le rôle de la communauté académique et de la pratique sociale dans la recherche sur les personnes pauvres. Précisons que Thomas aborde la question de la vulnérabilité contemporaine en posant un regard critique sur la création et la production du discours et du savoir sur les personnes pauvres. Pour sa part, Sylvestre, bien que reconnaissant l'apport théorique important de Thomas, ne croit pas que la recherche traduise et confisque la parole des personnes pauvres.

> L'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, [...] va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir. (2004, p. 72).

Moins axées sur les individus, ces nouvelles pratiques de gouvernance ciblaient davantage les populations, appréhendées comme des agrégats d'individus aux caractéristiques semblables. Pour Foucault (1978), le pouvoir dans ce contexte ne relève pas d'une personne ou un gouvernement, mais est plutôt impliqué dans un réseau complexe de relations et de stratégies de pouvoir. Cette manière de gouverner se distingue des anciennes stratégies de maintien du contrôle et de l'ordre social. Qu'elles soient considérées comme dangereuses, à risque ou déviantes, les personnes sont considérées comme étant responsables face aux problèmes vécus et aux comportements adoptés (Foucault, 1978). On miserait ainsi plutôt sur des mécanismes d'autorégulation des conduites que sur un régime disciplinaire : l'institution « totale » (par exemple la prison, l'asile, etc.) s'est vue modifiée par des mécanismes plus « subtils » où chacun est appelé à exercer une forme d'autodiscipline.

****

D'entrée de jeu, l'un des éléments marquants de ce chapitre est la contradiction qui émerge des analyses et des résultats d'enquêtes : ni les conclusions quant à la dangerosité des personnes ayant un problème de santé mentale, ni la propension de ces personnes à avoir des comportements violents, ni les facteurs de risque pouvant les mener à avoir des démêlés avec la justice ne font consensus. Par ailleurs, bien que l'on associe souvent la question de la récidive criminelle à la notion de dangerosité, le débat sur la récidive n'est pas nouveau en lui-même : rappelons qu'au XIXe siècle, déjà, l'école positiviste italienne distinguait la catégorie d'« incorrigibles » (Moreau et Protais, 2009).

L'entrée des psychiatres et des professionnels en santé mentale visait à transformer certaines pratiques coercitives (enfermement, conditions strictes, etc.) en pratiques novatrices (autonomie, autodétermination, etc.) ; la thèse documentera s'il en est de même de la gestion pénale des populations marginales vivant dans l'extrême pauvreté. Surtout, ce sera l'occasion d'étudier les liens complexes entre risque et politiques sociales à une époque où les référents néolibéraux (activation, responsabilisation, autonomie, etc.) prennent une place de plus en plus importante. Cette transformation des politiques sociales et ultimement les impacts dans les pratiques des acteurs seront des éléments clés de l'analyse des données issues de la thèse.

CHAPITRE IV

LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE : UNE HYBRIDATION DANS LES PRATIQUES

Mental health court personnel identify, engage, monitor, and support their participants. They do not treat them. They supervise and encourage them.

- Steadman et al., 2014, p. 1104

4.1 Introduction

Bien que les problèmes de santé mentale n'entrainent généralement pas de démêlés avec le système judiciaire (Haimowitz, 2002) et que les délits commis par des personnes ayant un problème de santé mentale ne résultent pas nécessairement de leur état mental, il n'en demeure pas moins que de nombreuses personnes entrent dans le système judiciaire et y demeurent, souvent longtemps, en raison de leur problème de santé mentale.

En réponse à cette situation reflétant la surreprésentation des individus aux prises avec un trouble de santé mentale dans le système judiciaire, la Commission de la santé

mentale du Canada[37] a publié en 2012 sa première stratégie canadienne en santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*[38]. L'un des points phares du rapport est l'augmentation des programmes de déjudiciarisation, notamment par l'ajout de tribunaux de santé mentale (TSM) qui sont reconnus comme une alternative aux cadres traditionnels punitifs dont l'inefficacité a été démontrée (Schneider, 2010). Dès lors, il est entendu que le comportement criminel n'est pas un choix individuel et que les TSM seraient une réponse afin de répondre à la cause primaire liée au délit, c'est-à-dire le problème de santé mentale (Schneider, 2010 ; Slinger et Roesch, 2010).

C'est ainsi que les dernières années ont vu la création de nombreux tribunaux de santé mentale tant sur la scène internationale que locale. Cette prolifération prend appui sur deux principaux éléments : tout d'abord, les acteurs judiciaires sont de plus en plus sensibilisés à l'agrégat de problèmes liés à la surreprésentation des personnes ayant un problème de santé mentale et, ensuite, le système judiciaire est disposé plus que jamais à modifier sa prise en charge de ces personnes qui sont aux frontières de plusieurs institutions en proposant des pratiques alternatives.

Si certains voient les TSM comme une réponse novatrice à la judiciarisation des personnes ayant un problème de santé mentale (Wexler, 2013), d'autres, à l'opposé,

---

[37] La Commission de la santé mentale fut créée en 2007 et est un organisme indépendant du gouvernement.

[38] Cette stratégie fut élaborée en partenariat avec la Commission des personnes ayant des problèmes de santé mentale, leurs proches, des intervenants du gouvernement et des spécialistes en santé mentale.

insistent sur la nécessité de judiciariser ces personnes (Wiener et Georges, 2013). Il découle de ces positions dichotomiques un éventail de pratiques et de méthodes de travail auprès des individus ayant un problème de santé mentale impliqués dans le système de justice.

4.2 La justice thérapeutique : fondements et postulats

Les travaux entourant la *therapeutic jurisprudence*, que l'on traduit par « justice thérapeutique » (JT), ont débuté vers la fin des années 1980. Bien qu'à ses débuts la JT était perçue comme une approche spécifique au domaine du droit de la santé mentale, elle trouve maintenant application dans le droit en général. En effet, à partir des travaux des professeurs Wexler et Winick[39], principalement, la JT examine aujourd'hui des questions liées non seulement au droit de la santé mentale, mais également au droit pénal, au droit des mineurs, au droit de la famille et au droit de la santé en général.

Essentiellement, la justice thérapeutique est définie comme une approche interdisciplinaire étudiant le rôle du droit comme agent thérapeutique. Elle propose d'explorer de quelle manière, en accord avec les procédures judiciaires, les théories et

---

[39] Dans leur ouvrage *Essays in Therapeutic Jurisprudence* (1991), Winick et Wexler ont véritablement développé leurs idées sur la jurisprudence thérapeutique. Professeurs à la University of Miami School of Law et à la University of Puerto Rico à San Juan, respectivement, ils ont joué un rôle de premier plan dans le développement de ce courant. Wexler a même créé un réseau international sur la JT afin de rendre accessibles la littérature et des projets basés sur la JT. Pour en connaitre davantage sur les travaux du professeur Wexler, consulter son site à l'adresse : https://law2.arizona.edu/depts/upr-intj/

les connaissances liées au champ large de la santé mentale peuvent influencer l'évolution du droit. Pour Winick (1997), les règles, procédures et acteurs juridiques constituent des « forces sociales » qui, prévues ou non, auront des conséquences thérapeutiques ou antithérapeutiques sur la personne accusée. En ce sens, la JT appelle à l'examen de ces conséquences en utilisant les sciences sociales afin d'identifier ces effets antithérapeutiques et de déterminer si certains peuvent être réduits, sans pour autant subordonner le processus judiciaire.

Pour Winick (1997), parce qu'une analyse sociopolitique sensible du droit devrait viser à mesurer et à soupeser tous les couts et avantages des règles juridiques, elle devrait aussi s'attarder aux impacts thérapeutiques de la loi. La loi est ici comprise au sens large, en incluant les règles juridiques, les procédures légales ainsi que le rôle et les comportements des acteurs juridiques. Or, certains se demandent si la JT ne serait pas simplement du *old wine in new bottles*. À ces critiques, Winick (1997) rétorque que la JT contribue à mettre de l'avant et à lier sous un même cadre différents domaines qui auparavant n'étaient pas pensés ensemble, et même à reconnaitre des effets causaux jusque-là inattendus[40].

Les auteurs s'intéressant à la justice thérapeutique sont unanimes : les règles juridiques et leurs applications sont des « forces » qui peuvent avoir des conséquences négatives chez la personne accusée (Winick, 2013). Les acteurs judiciaires doivent en prendre connaissance et remanier la loi afin d'en minimiser les effets antithérapeutiques. Ceci

---

[40] Winick donne l'exemple de l'impact discursif : le dialogue et les échanges entre le juge et la personne accusée peuvent avoir un effet thérapeutique chez cette dernière.

étant dit, la JT ne se limite pas à mesurer l'impact thérapeutique des règles et procédures légales : elle se concentre sur la manière dont celles-ci sont appliquées par les différents acteurs judiciaires. Ces derniers sont donc considérés comme étant des agents thérapeutiques qui influencent la santé mentale et le bien-être des personnes accusées. Non seulement l'avocat est un agent thérapeutique, mais il en va de même pour le juge qui, pour Winick, peut même être perçu comme un travailleur social :

> *The judge can, through dialogue, allow the individual to see that his substance abuse or behavioral problem is responsible for his failure to attain a variety of short- and long-term goals. Once the individual sees this connection, he may be ready to deal with his problems.* (2013, p. 222)

Il reste toutefois beaucoup de travail à faire dans le champ de la justice thérapeutique puisque les travaux développés jusqu'à maintenant touchent surtout les domaines du droit et de la psychologie. Ancrée principalement dans des études positivistes, la JT met l'accent sur la responsabilité individuelle et sur une analyse psychologisante des situations complexes que vivent les individus.

4.3 Portée et définition du thérapeutique

Quelle est la portée du terme « thérapeutique » tel qu'utilisé par la justice thérapeutique ? D'entrée de jeu, il semble que la notion de thérapeutique soit intentionnellement gardée vague, laissant par conséquent une grande latitude quant aux éléments pouvant être considérés comme thérapeutiques ou, au contraire, antithérapeutiques. Initialement, la JT était centrée sur l'examen des règles et procédures juridiques et de leur portée

thérapeutique ; elle pousse aujourd'hui ce cadre jusqu'à l'analyse des conséquences de la loi et des différents acteurs juridiques sur les personnes accusées. Selon Winick (2008), la JT ne doit pas privilégier certaines composantes thérapeutiques plutôt que d'autres et insisterait sur le fait que les considérations thérapeutiques ne doivent pas triompher sur d'autres.

De manière concrète et telle que la définit Winick (2003), la justice thérapeutique réfère à l'analyse de la loi et de ses conséquences par l'utilisation de professionnels « psy » au sens large, d'interventions sociales, de traitements, et ce, dans une visée de promotion du bien-être des individus. La JT propose ainsi une approche interdisciplinaire venant enrichir l'analyse des politiques juridiques et permettant de bonifier le fonctionnement du droit et de sa capacité à améliorer le bien-être en général. Son application repose sur le travail d'une équipe multidisciplinaire (travailleur social, juge, avocat, criminologue, médecin, sexologue, etc.) qui, par une approche globale cherchant à dégager les déterminants psychosociaux propres à la situation des individus accusés, propose des peines alternatives et des conditions judiciaires adaptées à la personne intimée. Autrement dit, la justice thérapeutique est un outil d'analyse, une lentille à travers laquelle les pratiques juridiques traditionnelles peuvent être revues et adaptées ; elle s'oppose au modèle « accusatoire » des tribunaux réguliers ainsi qu'à toute démarche potentiellement « antithérapeutique » qui écarterait le bien-être de la personne au profit de considérations légales.

Un des processus clés de la JT est le détournement des personnes du système de justice traditionnel, ce qui permet d'éviter la rationalité pénale basée sur le principe de sanction négative (Nault, 2011). C'est dans la foulée de cette nouvelle approche plus humaniste que se sont développés les tribunaux spécialisés ciblant des problèmes sociaux

complexes tels la consommation de drogues, l'itinérance et les problèmes de santé mentale (Winick, 2013 ; Wexler, 1993).

La justice thérapeutique implique bien plus qu'un renouveau dans les pratiques judiciaires : elle est utilisée pour légitimer un large éventail d'interventions psychiatriques mandatées par le juge au moment des procédures légales. Plusieurs questions, débats et dilemmes persistent toutefois dans la littérature à l'égard de la JT. L'une de ces questions pernicieuses suggère que la justice thérapeutique est un mouvement conservateur et paternaliste ne contribuant qu'à renforcer les inégalités de pouvoir dans les cours de justice.

4.4 Les tribunaux de santé mentale

Les tribunaux de santé mentale (TSM) se sont développés aux États-Unis à la fin des années 1990 et sont construits directement sur les principes de la justice thérapeutique discutés préalablement. Le premier tribunal de santé mentale identifiable a été établi en 1980 à Marion, en Indiana. Toutefois, dans la littérature, on rapporte souvent que le premier TSM était situé en Floride dans le district de Broward County, à Fort Lauderdale, et que les audiences ont débuté en 1997 (Petrila, 2013). Depuis Broward County, l'enthousiasme est tel que l'on constate une prolifération de ce type de tribunal. D'ailleurs, sous le président Clinton, un projet de loi déposé en novembre 2000 autorisait la création d'une centaine de TSM et prévoyait des fonds suffisants pour quatre ans de roulement. Or, le fédéral n'a pas injecté de nouveaux fonds, et ce, pour deux raisons principales : les TSM, comme modèle, ne sont pas bien définis et leur efficacité n'a pas été clairement démontrée (Steadman, Davidson et Brown, 2001). En

effet, dans leur enthousiasme, les partisans des TSM ont souvent négligé de répondre aux questions fondamentales sur ce qui constitue un tribunal de santé mentale et sur la façon de les lier à d'autres programmes de déjudiciarisation.

Les tribunaux de santé mentale appartiennent à la famille des tribunaux dits « spécialisés » et ont comme mandat principal d'aller au-delà de la détermination de la culpabilité (ou de l'innocence) en considérant aussi les causes des délits. Ces tribunaux spécialisés, aussi appelés « tribunaux axés sur la résolution de problèmes » (*problem-solving courts*), se spécialisent auprès des personnes ayant des problèmes de toxicomanie (*drug courts*), de santé mentale (*mental health courts*), d'itinérance (*homeless courts*) ou de violence conjugale (*domestic violence coursf*) ou encore dans la recherche de solution pour les conflits émergeant dans la communauté (*community courts*) (Fortin et Raffestin, 2017).

4.4.1 Le fonctionnement des tribunaux de santé mentale

Les tribunaux de santé mentale découlent directement du modèle des *drug courts* qui ont démontré de bons résultats. Ces tribunaux spécialisés dans les affaires touchant à la toxicomanie ont été développés en partenariat avec la communauté afin de formuler une réponse adéquate au volume important de dossiers liés à la drogue. Par leur volonté de traiter les personnes accusées afin de prévenir la récidive et de réduire la dépendance, ces tribunaux ont rapidement adopté une approche collaborative en ce qui a trait à la prise de décision et à l'évaluation des personnes accusées (Steadman, Davidson et

Browm, 2001). Contrairement aux TSM, les tribunaux de la toxicomanie fonctionnent sous une infrastructure commune aux États-Unis[41].

Comme pour ces autres tribunaux spécialisés, la pierre angulaire des TSM est aussi de comprendre et de résoudre les problèmes sous-jacents aux accusations par les traitements appropriés ou l'arrimage avec des ressources en santé et en services sociaux dans le but, ultimement, de prévenir la récurrence criminelle (Winick, 2003). Ainsi, tout au long des procédures, le tribunal déploiera un ensemble de stratégies pour que la personne accusée puisse recevoir des services sociaux et de santé adaptés à sa situation. Cette dernière sera sommée de se présenter à de multiples reprises à la cour afin que les acteurs judiciaires puissent témoigner de son évolution et s'assurer qu'elle ne présente pas de risque pour la société. Or, comme il sera démontré dans les pages qui suivent, rien n'est clair concernant l'efficacité ni même le fonctionnement général des TSM.

De manière générale, les nouveaux dispositifs que sont les tribunaux de santé mentale découlent d'une hybridation entre le système psychiatrique et le système de droit. Il y est entendu que le comportement criminel n'est pas un choix individuel et qu'il faut offrir une réponse à la cause primaire liée au délit : les problèmes de santé mentale. Combinant des notions de justice restaurative et de justice thérapeutique, comme cette idée que l'acte délictuel peut être directement lié aux problèmes de santé mentale

---

[41] Ils sont dirigés par l'Office of Justice Programs' Drug Courts Program Office relevant du U.S. Department of Justice ainsi que par la National Association of Drug Court Professionals.

(Winick, 2003), ces nouveaux dispositifs légaux proposent une approche différente, voire novatrice par rapport aux cours de justice traditionnelles (Wexler, 2013).

La littérature sur les TSM discute amplement de la nécessité d'aménager un environnement thérapeutique[42] pour la personne intimée tout au long du processus judiciaire : par un travail de collaboration entre les acteurs, par une singularisation des dossiers, par un assouplissement du décorum de la cour[43] ou encore par une augmentation de la participation de la personne accusée (Slinger et Roesch, 2010). L'application des principes de la justice thérapeutique fait en sorte que les tribunaux de santé mentale reposent sur le travail d'une équipe multidisciplinaire[44], ce qui permet d'enrichir la décision du tribunal par une évaluation qui va au-delà des dimensions légales. À ce sujet, dans une enquête réalisée en 2014 par MacDonald et son équipe, les acteurs d'un TSM mentionnaient que les agents de liaison, c'est-à-dire les intervenantes sociales, formaient le cœur de l'équipe du tribunal. Précisons aussi que la personne interpelée doit en général, préalablement à son audience devant le juge, rencontrer une intervenante pour faire le point sur les différentes démarches entreprises et discuter de la suite du processus judiciaire.

---

[42] Étant donné que les TSM se basent sur les principes de la justice thérapeutique, les impacts antithérapeutiques des pratiques et mesures judiciaires doivent être minimisés.

[43] On accorde moins d'importance à la façon de se comporter devant le tribunal : à la manière de s'assoir, d'interpeler le juge, de se présenter, etc.

[44] La composition de l'équipe varie d'un tribunal à un autre. De manière générale, les équipes sont formées d'un intervenant social (souvent un travailleur social), d'un juge, d'un avocat, d'un criminologue, d'un médecin et d'un infirmier.

Par ailleurs, l'influence des acteurs judiciaires, et surtout celle des juges, compte pour beaucoup dans les TSM. Alors que le juge occupe traditionnellement un rôle plutôt passif, la justice procédurale le perçoit comme étant un « agent thérapeutique » (Winick, 2013) et propose une approche basée sur la prise de décision et le traitement interpersonnel durant l'audience (Wales, Hiday et Ray, 2010). Selon Wales et ses collègues, l'aspect de la prise de décision se trouve bonifié lorsque la cour fournit aux justiciables les outils et services dont ils ont besoin et que le juge prend le temps d'expliquer le raisonnement sous-tendant les décisions. Quant au traitement interpersonnel, le juge est invité à traiter les personnes accusées dans le respect de leurs droits, mais aussi de leurs intérêts, en les interrogeant par exemple sur leurs préoccupations et en faisant de l'écoute active. Globalement, le dialogue avec la personne accusée est encouragé ainsi qu'une attitude tournée vers la résolution de problème plutôt que le blâme (*Ibid.*).

En somme, les antécédents psychiatriques, les circonstances du délit et l'état mental de la personne sont tous des indicateurs qui viendront enrichir les pratiques judiciaires et la prise de décision qui, elle, convergera vers d'autres objectifs que de strictement *punir* la personne. Les tribunaux de santé mentale s'écartent ainsi de l'esprit traditionnel de confrontation entre les parties de la défense et de la poursuite (Kopelovich, 2013). La dissuasion, la punition et, dans une moindre mesure, la réhabilitation qui constituent les moyens classiques employés par le système de justice sont jugées insuffisantes ou inadaptées pour traiter les problèmes de santé mentale et les problèmes sociaux à l'origine d'accusations criminelles.

Selon Winick (2013), l'un des objectifs premiers des TSM est de persuader la personne à accepter les ressources qui lui sont proposées, notamment une médication. À ce sujet, une étude a révélé que 90,8 % des individus entendus dans un TSM devaient recevoir

un traitement pharmacologique (Provencher, 2010). Ces résultats sont en ligne directe avec la médicalisation des services et des pratiques en santé mentale. Sans nier que la prise de médicaments pour une personne ayant un problème de santé mentale soit souvent nécessaire, le recours à d'autres formes de traitements et de ressources (accès à un logement, promotion de la santé physique, aide à emploi, suivi nutritionnel, etc.) pourrait être tout aussi bénéfique pour garantir une certaine qualité de vie, mais semble toutefois moins fréquent dans ce type de tribunal (Provencher, 2010).

À l'issue d'une recherche exploratoire sur des tribunaux de santé mentale de différents districts aux États-Unis, Goldkamp et Irons-Guynn (2000) ont dégagé trois aspects communs aux TSM : tout d'abord, ces tribunaux consistent généralement en des tribunaux spécialisés s'occupant uniquement de défendeurs ayant un problème de santé mentale (Steadman, Davidson et Brown, 2001) ; ensuite, la plupart des TSM limitent leur portée aux délits non violents[45] ; enfin, ces tribunaux préconisent tous l'accès aux services de traitement communautaires comme solution de rechange à l'incarcération.

4.4.2 Coercition et surveillance dans les TSM

Sous un autre angle, l'une des critiques virulentes formulées à l'égard des TSM concerne la nature volontaire et la possibilité de refuser que son dossier soit transféré vers un tribunal de ce type. Généralement, la personne accusée se voit présenter le programme par son avocat et discute avec lui de sa pertinence ou non pour sa situation.

---

[45] En effet, la majorité n'accepte que des individus accusés de méfaits publics ou de délits mineurs, et excluent donc les cas liés à l'agression d'enfants, à des délits sexuels ou encore à des délits perpétrés à l'aide d'une arme à feu.

L'équipe du TSM décide habituellement des contraintes ou des conditions que la personne devra accepter afin de participer au programme (par exemple, ne pas consommer d'alcool, prendre ses médicaments, suivre une thérapie sur la gestion de la colère, etc.). Or, plusieurs auteurs perçoivent ces programmes de manière coercitive[46] et remettent en question le fait qu'on y adhère sur une base volontaire (Redlich, Hoover, Summers et Steadman, 2010 ; Slinger et Roesch, 2010). À titre d'exemple, les travaux de Bernstein et Seltzer (2003) ont révélé qu'entre 34 % et 60 % des individus ignoraient que leur participation au programme était « volontaire ». Les travaux de Redlich (2010) aux Etats-Unis, abondent dans le même sens en démontrant que 60 % des personnes qui ne savaient pas que leur participation était volontaire. De plus, l'enquête de Redlich a démontré que 67 % des TSM exigent que la personne accusée enregistre un plaidoyer de culpabilité. Le principe du consentement libre et éclairé peut dès lors être mis en doute, d'autant plus que la perspective d'une réduction des accusations criminelles ou d'un retrait des accusations introduit un élément de contrainte dans le processus de prise de décision (Bernstein, 2008). En outre, si les règles demeurent mouvantes pour les individus souffrant d'un problème de santé mentale, la trajectoire judiciaire peut s'avérer longue.

Pour ce qui est des résultats escomptés des TSM, Slinger et Roesch (2010) soutiennent que l'un des objectifs serait de briser le cycle de l'utilisation récurrente des services d'urgence psychiatriques. Or, les résultats en ce sens sont mitigés : bien qu'une recherche ait démontré que les personnes ayant comparu devant des TSM séjournent moins longtemps en institution psychiatrique, les études qui évaluent directement

---

[46] Par exemple, certains TSM exigent que la personne accusée enregistre un plaidoyer de culpabilité afin de pouvoir faire transférer son ou ses dossiers vers un TSM.

l'impact de tels programmes montrent des résultats plus minces par rapport à la modification de l'état clinique des personnes. De plus, différentes études (Haimowitz, 2002 ; Hannah-Moffat et Maurutto, 2012) ont établi que l'individu pourrait rester sous la surveillance des tribunaux spécialisés plus longtemps que s'il était dans un tribunal régulier. Quant à la baisse de la récidive, les études se contredisent ou aboutissent à des taux statistiques qui ne sont pas suffisamment significatifs pour conclure qu'il y a diminution de la récidive.

D'ailleurs, de l'avis de King (2009), le nœud du problème se situe justement dans la récidive criminelle. Winick (2013) soutient même que les allers-retours au tribunal et la récurrence des délits pour les personnes ayant un problème de santé mentale témoignent d'un changement institutionnel significatif : les tribunaux ont pris le relais des hôpitaux psychiatriques comme lieu institutionnel de traitement des problèmes de santé mentale. Wiener et Georges (2013) vont plus loin dans leurs propos et qualifient les tribunaux de « *dumping court* » pour les personnes dont les accusations découlent de problèmes de santé mentale. Pour leur part, Sarteshi et ses collaborateurs (2011) se demandent si une méthode plus efficace et moins contraignante ne serait pas d'offrir des traitements et des ressources avant que les personnes entrent dans le système judiciaire. D'ailleurs, l'une des critiques des TSM est qu'il s'agit d'un programme réactionnaire : le traitement et l'ancrage aux ressources du domaine de la santé et des services sociaux se font une fois que la personne est accusée d'avoir commis un délit, une fois qu'elle est judiciarisée.

Une enquête dirigée par Patricia A. Griffin (Griffin, Steadman et Petrila, 2002) et portant sur quatre TSM situés dans les États de la Californie, du Washington et de l'Indiana a documenté la façon dont ces structures utilisent l'effet de levier pour inciter les individus accusés à se conformer au traitement prescrit. L'hypothèse de recherche

est que les tribunaux de santé mentale ont recours à des sanctions, notamment à des peines d'emprisonnement, comme c'est le cas avec les tribunaux de toxicomanie : une grande partie des « succès » obtenus en ce qui concerne la rétention des personnes dans le traitement de la toxicomanie et la réduction de la récidive serait due à la *carrot-and-stick approach*, ou « approche de la carotte et du bâton ».

De manière générale, cependant, la prison n'est que très peu utilisée comme sanction, les tribunaux privilégiant plutôt le renvoi vers le système régulier ou encore l'imposition de conditions de libération plus strictes (souvent liées au traitement). En somme, pour les auteurs, il demeure essentiel « *to recognize that they* [TSM] *are criminal courts. Any leverage they exert is likely to involve criminal sanctions unless charges are dropped — which rarely occurs* » (Griffin, Steadman et Petrila, 2002, p. 1287).

L'enquête citée ci-dessus ouvre la réflexion quant à la pertinence de l'emprisonnement comme sentence pour les personnes ayant un problème de santé mentale, surtout dans les cas où la sécurité publique ne semble pas un enjeu ou encore lorsque le délit découle directement d'un trouble mental. Bien que les TSM utilisent actuellement la prison avec parcimonie, ces auteurs croient que l'on doit s'attendre à augmentation des peines d'emprisonnement à mesure que se développeront ces tribunaux et que leurs compétences seront élargies à d'autres délits (Griffin, Steadman et Petrila, 2002).

Monahan et son équipe ont publié en 2005 une recherche s'intéressant également à l'effet de levier et à la coercition dans les TSM. L'une des questions posées lors des entretiens avec les participants[47] est la suivante :

> *Sometimes a police officer or a prosecutor or a judge tells you or your lawyer that the charges would be dropped or reduced if you get treatment in the community for your mental health, alcohol, or drug problems. Did anyone ever tell you or your lawyer this?* (p. 38)

Les données de cette enquête révèlent qu'entre 38 % et 49 % des personnes ayant un problème de santé mentale et qui sont accusées d'un délit reçoivent un *leveraged treatment,* soit un « traitement forcé ».

Quoi qu'il en soit, bien que les TSM détiennent un mandat élargi sur la question de l'arrimage aux soins, il reste que ces dispositifs s'inscrivent dans un contexte coercitif, fermé et autoritaire. Tout au long du processus, différentes conditions tantôt formelles, tantôt informelles indiqueront les comportements à adopter : ne pas consommer d'alcool, suivre les recommandations de son équipe traitante, débuter un traitement en toxicomanie, se rendre à l'urgence d'un hôpital dès sa libération, etc. Des dispositifs de contrôle sont mis en place afin de s'assurer que les personnes se conforment aux exigences.

---

[47] Ils ont réalisé plus de 200 entretiens.

Selon une enquête menée par Redlich (2013), 71 % des TSM exigent une surveillance judiciaire et une surveillance par des professionnels de la santé et des services sociaux. De manière concrète, le tribunal pourrait exiger que la personne présente une preuve de participation à une thérapie ou consigne ses démarches d'employabilité ; les institutions telles les urgences pourraient aussi être contactées afin de valider que la personne s'y est présentée. Si, pour différentes raisons, la personne accusée est réfractaire aux exigences et demandes des TSM, un durcissement des conditions de libération ou des accusations de non-respect des conditions entrainant de nouvelles accusations, voire un renvoi vers le tribunal régulier, pourraient être décidés.

4.4.3 L'admissibilité aux TSM

D'entrée de jeu, les conditions d'émergence des tribunaux de santé mentale posent la délicate question de la sélection des personnes admissibles : *Qui* peut voir son dossier transféré d'un tribunal régulier vers un TSM ? Quels sont les liens entre les délits et les problèmes de santé mentale qui justifient une admissibilité aux TSM et comment sont-ils établis ? Pour l'ensemble des tribunaux de santé mentale, les conditions à l'« intégration » doivent préserver l'équilibre entre sécurité publique et minimisation des impacts liés aux accusations.

De manière générale, les TSM ciblent des dossiers où des accusations mineures sont portées contre l'individu. Ceci étant dit, certains auteurs suggèrent plutôt de réserver ces tribunaux aux délits les plus graves et de déjudiciariser les personnes accusées de délits mineurs (Wolf, 2018), d'autant plus que l'un des arguments à la création des TSM est la réduction des couts du système judiciaire. Actuellement, les personnes intimées sont donc accusées, la plupart du temps, de « petites délinquances »

(Haimowitz, 2002). Les personnes accusées doivent aussi présenter des indicateurs d'un problème de santé mentale. Il est difficile et hasardeux d'établir un portrait clair de la clientèle des TSM sur la base de ce critère étant donné que chaque structure établit ses propres exigences et restrictions. Ce que l'on sait, toutefois, c'est que 26 % des TSM n'émettent aucune restriction spécifique concernant les problèmes de santé mentale, 37 % exigent un diagnostic et 21 % demandent qu'un diagnostic de « maladie mentale grave » soit posé (Redlich, 2013). Puisque ces données indiquent que le quart des TSM admet des personnes qui n'ont pas de problème de santé mentale grave ou connu, on peut alors se demander pourquoi elles sont référées dans ce programme.

4.4.4 L'arrimage aux services de soins et la notion de confidentialité

Une des caractéristiques des TSM est la volonté d'offrir des traitements et des services en santé mentale afin de prévenir la récidive au lieu de pénaliser l'individu (Han et Redlich, 2015 ; Luskin, 2015). Selon les acteurs judiciaires, le fonctionnement des TSM repose d'ailleurs sur le postulat que les personnes ayant un problème de santé mentale ont des déboires avec le système de justice parce qu'elles ne reçoivent pas de traitements ou alors pas les traitements appropriés (MacDonald *et al.*, 2014). En misant sur une meilleure collaboration entre les services sociaux et de santé et les acteurs judiciaires, les TSM font le pari que le risque de récidive sera réduit (Luskin, 2015). Malgré cela, les recherches sur l'amélioration de l'accès aux services et aux traitements sont rares, la plupart décrivant simplement le traitement ou les soins offerts par le tribunal à travers une liste des types de services (Luskin et Ray, 2015). Les TSM modifient-ils la fréquence et le type de services fourni ? Les personnes accusées ont-elles accès à plus de services quand elles sont interpelées par un tel tribunal ?

Mary Lee Luskin, de l'Indiana University, a mené en 2015 une recherche sur les traitements offerts par le TSM du district de Marion, en Indiana. Les données de l'étude

de Luskin sont issues d'un échantillon de 171 participants, dont 82 sont suivis par un tribunal régulier et 89 par le tribunal de santé mentale. Parce que le TSM du district de Marion exige que les personnes accusées soient inscrites dans un processus de traitement au moment de leur entrée dans le tribunal, les participants assignés au tribunal régulier devaient avoir reçu un traitement préalablement à leur arrestation afin de respecter la validité de la recherche. Les analyses ont combiné des données sur l'expérience de traitement obtenues à partir des dossiers administratifs (diagnostics, accusations criminelles, peines reçues, etc.) ainsi que d'entrevues menées au moment de l'entrée au tribunal et six mois plus tard. De manière générale, les résultats tendent à illustrer que les participants recevaient bel et bien un traitement dans les deux tribunaux, mais que celui offert par le TSM avait la particularité d'être plus varié et fréquent. Les différences entre les deux échantillons étaient encore plus grandes au moment de la deuxième entrevue : non seulement la chercheuse a noté des améliorations pour les personnes provenant du TSM, mais également une détérioration de l'état des personnes et du processus de traitement dans le contexte du tribunal régulier. Pour Luskin, cette dégradation du traitement pour les personnes accusées dans le tribunal régulier s'explique principalement par l'incarcération : le traitement en prison est plus susceptible de focaliser sur la prise de médicaments.

Les conclusions de l'auteure viennent toutefois nuancer l'apport des TSM puisque celle-ci ne croit pas que cette structure offre quelque chose de plus ou de différent comparativement au tribunal régulier. À l'exception du traitement ciblé pour l'alcool ou la toxicomanie, les types de services ou de traitements offerts aux participants du TSM n'ont que peu ou pas changé par rapport à leur situation antérieure : ceux qui ont reçu des traitements dits « intenses » au sein du TSM les recevaient déjà avant leur entrée dans le tribunal :

> *Contrary to what one might have expected — given the evidence that people with mental illness who are involved with the criminal justice system often have housing, employment, and other social service needs — the mental health court participants did not report any more employment help or other social services than at the baseline.* (Luskin, 2015, p. 265)

Selon Luskin, si les tribunaux utilisent la coercition ou la sanction pénale pour amener les personnes accusées à suivre un traitement, il faut manifester son désaccord face au fait que les tribunaux utilisent ces moyens.

Une autre enquête, menée en 2015 par Woojae Han et Allison D. Redlich, s'est intéressée plus particulièrement aux impacts des services et traitements communautaires en suivant des individus provenant d'un TSM (357 participants) et d'autres du système de justice régulier (384 participants). Différentes variables ont été étudiées, comme la conformité au traitement (par exemple se présenter aux rendez-vous fixés et prendre ses médicaments) et la perception du traitement (en faisant référence ici au caractère volontaire). Globalement, les résultats indiquent une augmentation significative de la motivation face au traitement et à l'utilisation des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie chez les personnes interpelées par les TSM. Ces dernières étaient cependant moins nombreuses à percevoir le caractère volontaire de leur trajectoire au sein des TSM. Les résultats de Han et Redlich (2016) indiquent aussi que ceux dont les traitements étaient plus intenses présentaient un plus bas taux de récidive pour l'échantillon lié aux TSM.

Qui plus est, les travaux de Boothroyd et de ses collaborateurs (2003) ont illustré que le nombre de personnes ayant reçu un traitement a augmenté de 36 % à leur entrée dans

un TSM et jusqu'à 53 % après 8 mois. Ces données contrastent avec celles recueillies auprès de personnes intimées dans un tribunal régulier, qui n'indiquent aucun changement en ce sens. Plus spécifiquement, les auteurs ont mis en lumière différentes stratégies d'arrimage déployées par le tribunal de santé mentale, dont le renvoi vers un organisme avec lequel la personne accusée détenait déjà un plan de traitement (35,3 %) ou encore vers un organisme spécifique et reconnu pour offrir des services adaptés aux besoins de la personne (35,3 %) (Boothroyd *et al.*, 2003). Celles qui étaient encouragées à initier des contacts thérapeutiques ne représentaient que 11 % de l'échantillon. Et pour environ 18 % des personnes accusées, aucune information n'explicitait sur la stratégie. Les observations des auteurs démontrent également que le TSM étudié focalisait sur les problèmes liés aux services ou encore au traitement, l'infraction elle-même étant peu discutée. En effet, les données recueillies révèlent qu'une grande partie des discussions entre le juge et la personne accusée portait sur des questions liées aux traitements (*Ibid.*).

Plus récemment, les données de la recherche de Steadman et de ses collaborateurs (2011) sont venues corroborer les résultats ci-dessus. En effet, les personnes suivies par un TSM recevaient en moyenne par semaine 20,2 heures de traitement comparativement à 8,6 heures pour celles évoluant dans un tribunal régulier. Donnée importante à considérer : l'échantillon du tribunal régulier était composé de personnes admissibles au TSM, mais qui n'y ont jamais été référées (Steadman *et al.*, 2011).

Sous un autre angle, l'un des grands défis auxquels les TSM sont confrontés se situe au niveau de la confidentialité. D'un côté, la majorité des données sont généralement « publiques », c'est-à-dire que le grand public a accès aux accusations portées, aux sentences prononcées, aux noms dévoilés, etc. De l'autre, les acteurs des TSM recueillent une foule d'informations intimes et sensibles au sujet des personnes :

médications prises, suivis psychiatriques, diagnostics, etc. Bien qu'il soit nécessaire de signer un formulaire de consentement pour que les acteurs judiciaires (essentiellement les intervenants sociaux) puissent communiquer avec les équipes traitantes, certaines informations cliniques et personnelles sont dévoilées et partagées au moment des audiences. Dans un tel contexte, comment faire circuler l'information entre les acteurs judiciaires et le juge sans toutefois dévoiler certaines données confidentielles au moment des audiences ?

4.4.5 L'efficacité des tribunaux de santé mentale

Sarteschi et ses collaborateurs (2011) ont réalisé une méta-analyse portant sur l'efficacité des interventions des TSM. Leur objectif était de fournir une réponse plus claire à la question suivante : les TSM constituent-ils un moyen d'intervention efficace pour les personnes ayant un problème de santé mentale et qui sont accusées d'un délit ? Les données de l'article indiquent que le principal avantage des TSM réside dans leur capacité à assurer un arrimage fort avec les services et les ressources de soins et de traitements, comparativement aux tribunaux réguliers. Par leur ancrage aux ressources et leur promotion de la réadaptation plutôt que de la punition, on s'attendrait des TSM qu'ils aient des impacts sur la qualité de vie des personnes ainsi que sur la prévention d'autres délits. Pourtant, certaines voix rappellent qu'au-delà des traitements, il ne faut pas omettre l'importance des facteurs favorisant une vie citoyenne active, ce qui inclut la question large des déterminants de la santé, et des conditions matérielles adéquates jouant un rôle clé sur la santé mentale (Provencher, 2010).

Ceci étant dit, pour Steadman et ses collaborateurs (2014), il demeure inutile qu'une personne soit dans un TSM s'il est impossible pour elle de recevoir des services et soins appropriés dans son milieu de vie, soit par manque de disponibilité ou par manque d'accès.

Han et Redlich (2015) ont étudié les relations entre le traitement et la récidive criminelle chez des participants d'un TSM et d'autres traités par le système judiciaire traditionnel. Les auteurs affirment qu'ils s'attendaient à ce que l'échantillon lié au TSM, mais non l'échantillon le second, connaisse des augmentations significatives en ce qui concerne la conformité au traitement, la motivation, la perception du caractère volontaire de la démarche et la persistance dans le temps ; les auteurs s'attendaient aussi à ce que le premier échantillon montre des améliorations plus significatives dans le temps. Or, les données illustrent que les deux groupes se sont améliorés au cours de la période de « post-inscription » : l'adhésion et la conformité au traitement ont augmenté alors que le nombre d'arrestations a diminué. C'est la conformité aux rendez-vous qui a le plus augmenté dans le temps, mais sur ce point aucune différence n'a été trouvée entre les deux groupes. Par ailleurs, six mois après leur entrée dans le TSM, les personnes percevaient leur participation au traitement comme étant nettement moins volontaire qu'au début, alors que cette perception n'a pas changé de façon significative chez les personnes suivies par le tribunal régulier. Qui plus est, les analyses révèlent que les participants du deuxième groupe se sentaient plus volontaires dans leurs démarches que ceux du groupe lié au TSM (Han et Redlich, 2015). Cette donnée n'est toutefois pas étonnante, car les TSM imposent fortement les traitements. De nombreuses études reprochent toutefois cette faiblesse méthodologique à l'enquête de Han et Redlich : les données ont été recueillies en six mois seulement et au moment où la grande majorité des participants évoluait toujours dans le TSM (Christy *et al.*, 2005 ; Hiday et Ray, 2010 ; Steadman *et al.*, 2011).

Pour sa part, la méta-analyse de Parhar et de son équipe (Parhar *et al.*, 2008) sur la motivation et la participation volontaire au traitement a mené à la conclusion que le traitement volontaire réduisait significativement la récidive, contrairement au traitement obligatoire. Les auteurs soulignent que la difficulté de définition des termes et leur utilisation complexifient fortement que la recherche sur les programmes et traitements « prescrits » aux personnes accusées. Par exemple, les termes « contrainte », « obligatoire », « mandaté », « involontaire » ou encore « pression juridique » sont tous utilisés pour désigner le traitement forcé, et parfois même de manière interchangeable dans le même article (*Ibid.*).

L'un des principaux arguments justifiant la pertinence des TSM est l'économie de couts que le système judiciaire peut réaliser (Levin, 2004). Or, il semble que cet argument soit à nuancer. À cet effet, une enquête menée en 2014 par Steadman et son équipe a examiné les différences de couts pour une personne utilisant les services d'un TSM et une autre, les services d'un tribunal régulier. Pour ce faire, les chercheurs ont calculé les couts associés aux trois années précédant et suivant une arrestation, et ce, pour chacun des participants à l'étude[48]. En somme, les données de l'enquête démontrent que les couts annuels associés à un participant d'un TSM sont supérieurs de 4 000 $ US, en moyenne, pour les trois années de suivi. Selon les auteurs, cette différence s'explique essentiellement par les couts des traitements qui sont supérieurs. Les personnes de l'échantillon auxquelles sont associés les couts les plus élevés sont celles présentant un trouble concomitant d'usage de substances et qui avaient déjà été en détention avant leur arrestation.

---

[48] L'échantillon était composé de 296 participants d'un TSM et de 386 personnes détenues en prison n'étant pas dans un TSM.

Figure 2.1 Comparaison des couts entre un TSM et un tribunal régulier (Steadman *et al.*, 2014, p. 1102)

En somme, les résultats de cette étude remettent en question l'idée que l'instauration des TSM engendre une réduction des dépenses liées à la trajectoire judiciaire des personnes ayant un problème de santé mentale. Pour effectivement limiter ces couts, les auteurs proposent de ne plus admettre dans les TSM les personnes ayant un trouble concomitant de toxicomanie et celles qui ont déjà été incarcérées. Ceci étant dit, il a été démontré dans les pages précédentes qu'il s'agit d'un groupe de personnes qui gagneraient particulièrement à être suivies par un TSM, étant donné la complexité de leur situation et la possibilité accrue de les voir revenir devant le juge.

*****

Ce chapitre a dévoilé un dispositif qui a émergé au cours des dernières années dans les domaines de la santé mentale et du droit, soit les tribunaux de santé mentale. D'entrée de jeu, en intégrant les théories classiques de Wexler et Winick concernant la *therapeutic jurisprudence*, il a fallu traduire ce concept par une autre expression que « jurisprudence thérapeutique », soit en parlant plutôt de « justice thérapeutique ». Parce que c'est bien de cela qu'il s'agit : augmenter le bien-être des personnes accusées d'un délit pendant leur trajectoire dans le système judiciaire, et surtout s'attarder à la racine conduisant la personne à avoir des démêlées avec la justice, c'est-à-dire les problèmes de santé mentale. Pourtant, malgré le fait que les travaux s'y intéressant soient de plus en plus nombreux, on remarque que ce concept demeure flou pour certains chercheurs et intervenants.

Pour faire suite à la recension des écrits sur la santé mentale au sein de la justice pénale, il a été possible de dresser un panorama sur les tribunaux de santé mentale. En effet, ce chapitre a répondu à un vaste ensemble de questions, certaines pernicieuses, au sujet de ce type de tribunal : Comment fonctionne-t-il ? Qui peut être interpelé ? À quoi les personnes intimées doivent-elles répondre une fois que leur dossier est transféré dans un tribunal de santé mentale ? Leur suivi est-il plus serré ? Reçoivent-elles de meilleurs traitements sur les plans médical, psychologique ou social ? Ce type de tribunal est-il rentable pour le système de justice ? Ces questions, auxquelles les données de recherche n'ont parfois pas été en mesure de répondre, resteront cruciales lors de la cueillette de données et l'analyse des résultats de cette thèse.

Ceci étant dit, le modèle des interceptions présenté au chapitre 2 a bien démontré que le système de santé et de service sociaux devait œuvrer à mettre en place des mesures

qui favoriseraient le détournement des personnes ayant un problème de santé mentale du système de justice pénale vers d'autres services plus adaptés. D'ailleurs, selon ce modèle, les tribunaux de santé mentale s'inscrivent déjà à l'intercepte trois puisque les personnes sont déjà accusées. De plus, différentes recherches ont démontré que l'arrestation et les poursuites judiciaires nuisent au rétablissement de ces personnes (Haimowitz, 2002). En outre, l'incarcération exacerbe les troubles de santé mentale et entraine souvent une panoplie de conséquences négatives pour la personne (perte de logement, d'emploi, etc.).

En somme, en ce qui concerne les objectifs de cette thèse, l'élément clé est de reconnaitre que, dans le contexte des tribunaux de santé mentale, les personnes ne semblent pas être traitées comme des « criminels », mais plutôt comme des personnes atteintes d'une maladie, d'un trouble nuisant à leur capacité de retenir des comportements considérés comme des crimes et donc punissables par la loi.

VOLET III

UNE ENQUÊTE SUR LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE

Introduction

Alors que les deux premiers volets de la thèse ont offert un portrait holistique des logiques d'interventions dans le domaine des problèmes de santé mentale, tantôt en présentant dans une perspective historique les changements sociaux et politiques qui y sont rattachés, tantôt en documentant l'apparition, dans le système judiciaire, du nouveau dispositif que sont les tribunaux de santé mentale. Ce volet posera tout d'abord la question à laquelle cette thèse tentera de réponde de même que les objectifs de recherche. Ensuite seront exposés le cadre méthodologique privilégié ainsi que les choix méthodologiques spécifiques à la conduite de ce projet de recherche. Concrètement, il y sera question de la méthodologie mixte employée, des paramètres de la collecte de données et des stratégies d'analyse des résultats. Des exemples concrets seront proposés afin d'exposer clairement le processus analytique et guider le lecteur à travers ces éléments plus techniques de la thèse. Enfin, ce volet détaillera aussi la manière dont cette thèse a été construite afin de parvenir aux propositions théoriques discutées au dernier chapitre.

Ce volet a aussi pour objectif de décrire le terrain de recherche et le fonctionnement du dispositif étudié, soit le tribunal de santé mentale de la cour municipale de la Ville de Montréal. On y documentera, à partir de travaux effectués par les acteurs du tribunal, mais aussi des organismes communautaires, la mise en place de ce tribunal, les acteurs impliqués dans son fonctionnement ainsi que les différentes possibilités quant au parcours judiciaire des personnes interpelées. À cet effet, puisque les procédures liées à ce type de tribunal sont complexes et multidimensionnelles, de nombreuses figures viendront appuyer le texte.

CHAPITRE V

DÉFINITION DE L'OBJET DE RECHERCHE

5.1 Introduction

Avant de cibler et d'élaborer la méthodologie de la thèse, il a nécessairement fallu que je m'interroge à propos du sujet sur lequel je voulais enquêter, le creuser, le documenter. Cette étape n'est pas banale dans le processus de recherche : à des questions intuitives viennent se greffer des questions plus complexes d'ordre social et politique. Cette phase est aussi marquée par de nombreux allers-retours entre le processus réflexif et l'engagement de l'étudiante-chercheure sur le terrain de recherche.

Étant donné l'expérience acquise sur différents projets de recherche s'intéressant à la judiciarisation de personnes vulnérables (touchées par des problématiques d'itinérance, de santé mentale, de consommation de drogues, etc.), il était clair que l'objet de la thèse devait toucher le champ large des problèmes sociaux et plus spécifiquement la judiciarisation. Mais quel pouvait être notre apport ?

J'ai tout d'abord replongé dans la littérature, autant celle qualifiée de scientifique que celle produite par les institutions sociosanitaires et également judiciaires. Petit à petit, il m'est apparu que les transformations que connaissait le système de justice changeaient le rapport entre le social et le judiciaire. Plus spécifiquement, de nouveaux types de tribunaux émergeant des cours de justice transformant la nature de l'intervention faisaient au-delà et autrement que les tribunaux réguliers : ils proposent d'accompagner les personnes vulnérables, itinérantes ou ayant un problème de santé mentale. Mais d'où émergeait ce changement de rôle, d'objectif et plus largement de pratiques du tribunal ? Pourquoi de nouveaux programmes dits « sociaux » voient-ils le jour entre les murs des cours de justice ? Que se passe-t-il exactement dans ces nouveaux tribunaux ? À quoi doivent répondre les personnes interpelées au sein de ces programmes ? Ce sont de telles questions touchant à la transformation des politiques sociales et l'avènement des tribunaux de santé mentale qui ont influencé la construction de l'objet de recherche.

5.2 Ce que l'enquête vise à documenter

Les deux premiers volets de cette thèse ont dressé un portrait exhaustif des transformations sociales, politiques et juridiques des interventions ciblant des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sont accusées d'un délit. De plus, ces volets ont été l'occasion de documenter les nouveaux dispositifs que sont les tribunaux de santé mentale inspirés de la justice thérapeutique. Or, la notion de justice thérapeutique demeure à ce jour très peu étudiée d'un point de vue sociologique, ce qui démontre la nécessité de la présente recherche doctorale. Plus précisément, cette recherche vise à répondre à la question suivante : « Comment la justice thérapeutique est-elle comprise et déployée dans un TSM ? »

Objectif général :

La recherche vise à comprendre et à documenter les transformations sociales, politiques et juridiques concernant l'interpellation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et accusées d'un délit dans un TSM. Plus particulièrement, cette enquête vise à expliciter sociologiquement ce qu'est la justice thérapeutique.

Objectifs spécifiques :

En ce qui concerne les objectifs spécifiques, la thèse vise à :

a) documenter le fonctionnement et les injonctions propres à un tribunal de santé mentale ;
b) identifier les principaux éléments qui permettent de définir la justice thérapeutique ;
c) identifier les discours et les pratiques des acteurs qui participent au tribunal de santé mentale ;
d) documenter les transformations des politiques sociales dans l'interpellation des personnes ayant un problème de santé mentale et accusées d'un délit.

De manière concrète, cette recherche contribuera à la compréhension des discours, des pratiques et des expériences au sein des tribunaux de santé mentale et enrichira un corpus de connaissances en sociologie qui est principalement issu des pays anglo-saxons. Cette recherche prétend dresser les bases d'une sociologie de la justice thérapeutique.

CHAPITRE VI

MÉTHODOLOGIE ET TERRAIN DE RECHERCHE

6.1 Introduction

Pour commencer, il est utile de rappeler que la recherche a pour but de documenter la justice thérapeutique en interrogeant les discours et les pratiques qui en découlent. Le terrain de recherche ciblé est un tribunal de santé mentale établi au Québec et impliquant divers acteurs possédant des formations professionnelles variées et dont les objectifs de pratique peuvent différer.

L'objectif de ce chapitre est de circonscrire et de détailler les outils méthodologiques mobilisés dans cette thèse. Dans un premier temps, la méthodologie mixte sera discutée afin de dégager la pertinence et la validité de cette approche dans le contexte de la recherche. Dans un deuxième temps, nous décrirons le processus d'observation qui a été réalisé et répondrons aux différentes questions qui émergeront au fur à et à mesure du chapitre : De quelle manière arrive-t-on sur le terrain ? Qu'est-ce qui est observé ? Comment observe-t-on ? Comment nous positionner, comme étudiante-chercheure, dans un terrain difficile et fermé comme le tribunal ? Dans un troisième temps, les stratégies d'analyse retenues seront décrites. Pour finir, il sera dressé un portrait précis du dispositif étudié, soit le programme d'accompagnement justice santé mentale, un

tribunal de santé mentale situé à Montréal : le contexte de son émergence, ses objectifs et son fonctionnement général, qui lui est spécifique.

6.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données d'enquête

6.2.1 L'approche mixte

Historiquement, une forte dichotomie s'est installée entre les approches qualitatives et quantitatives. Cet état de fait a été le sujet d'intenses débats d'ordre méthodologique (Sanchez-Algarra et Anguera, 2013). Les tenants des deux parties ont, comme le soulignent Sanchez-Algarra et Anguera, souvent été plus préoccupés de critiquer les façons de faire de leurs opposants que d'améliorer les leurs. Le cadre méthodologique proposé dans cette thèse dépasse cette question et met à profit ces deux approches dans l'étude des discours et des pratiques dans un tribunal de santé mentale.

Au courant des dernières années, justement, les différentes approches ont conduit à ce qu'on appelle des méthodes mixtes. Appelées « démarches multi-méthodes », « démarches multi-stratégies », « méthodes mixtes » ou encore « méthodologies mixtes », ces approches amalgament des méthodes d'enquête issues à la fois des courants quantitatifs et qualitatifs, et les abordent non pas sur le plan de leurs différences, mais plutôt sous l'angle de leurs complémentarités. De manière générale, les méthodes mixtes permettent de répondre à des questions de recherche nécessitant plusieurs types de données.

L'une des conditions des méthodes mixtes est que cette méthodologie soit considérée comme une unité complète d'analyse, c'est-à-dire que le recours à deux méthodes pour étudier une question de recherche doit se dérouler dans un même temps. En effet, le but de cette approche est de combiner les résultats de l'analyse de sorte qu'une conclusion globale peut être développée (Miller et Gatta, 2006). Reichardt et Rallis (1994) soulignent d'ailleurs la perspective dialogique que permet la méthode mixte afin de saisir la complexité d'une réalité.

La méthode mixte découle de ce que l'on nomme la « triangulation des données », où plusieurs résultats sont combinés afin de mieux cerner un phénomène et ainsi assurer la validité des conclusions qui sont tirées (Brian et Larivière, 2014). Cet apport induit par la complémentarité des données a été fort important dans l'élaboration du cadre méthodologique.

Pour cette thèse, un devis mixte simultané a été privilégié puisqu'il semble le mieux adapté pour répondre aux objectifs de recherche : les collectes de données qualitatives et quantitatives seront réalisées en parallèle sur le même échantillon. Brian et Larivière (2014) précisent que l'importance accordée aux résultats, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, devrait être la même lors des étapes de l'analyse et de la discussion, mais en pratique on peut envisager que la priorité soit accordée à l'une ou l'autre. Le choix d'un tel devis permettra certainement de confirmer, de renforcer et même de bonifier ou, au moment de l'interprétation des données, les explications théoriques émergentes. L'un des défis liés à ce type de devis réside cependant dans la combinaison des résultats : une fois l'analyse quantitative et qualitative terminée, de quelle manière peut-on ouvrir le dialogue scientifique entre les deux ?

Si on regarde spécifiquement ce que propose la recherche qualitative, on constate que cette dernière « vise à déménager les variables sociales, à recontextualiser les actions et les problèmes, et à réinterroger les problématiques sociales en opérant un décentrement vis-à-vis les points de vue professionnels et administratifs » (Groulx, 1997, p. 21). Dans le cadre de cette thèse, l'apport de la méthode qualitative permettra de rendre compte de la réalité des personnes rencontrées, puisqu'elle reconnait à la fois la subjectivité du chercheur et la place centrale des acteurs sociaux dans la recherche (Poupart, 1997). Ce cadre méthodologique est ainsi construit pour permettre l'intégration de différents matériaux afin d'obtenir un panorama plus complet et holistique de ce qui est révélé dans le tribunal de santé mentale. Pour Bernheim, la méthode qualitative « est la méthode privilégiée pour accéder à la subjectivité des acteurs et à leurs enjeux, mais également aux textures, aux contraintes et aux effets qui forment le contexte décisionnel au sein des configurations » (2011, p. 338). Quant à la méthodologie quantitative, les chercheurs adoptant cette approche ont tendance à traduire leurs observations en valeurs numériques. De plus, cette méthode permet d'analyser un échantillon de taille importante et de tirer des conclusions.

Le mode d'échantillonnage par cas unique est celui qui a été utilisé. Selon Pires (1997), ce type d'échantillonnage fait écho à un corpus théorique à partir d'un événement, d'un milieu géographique ou institutionnel ou d'une personne. D'ailleurs, plusieurs recherches classiques en sciences sociales ont étudié des milieux institutionnels ou encore des lieux géographiques précis.

S'inspirant de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967), la méthode utilisée lors de cette enquête a essentiellement été inductive, c'est-à-dire qu'elle a laissé place à l'émergence de thèmes, de concepts et d'une théorie à partir de l'analyse des données plutôt que d'hypothèses formulées en amont.

6.2.2 Questions éthiques

Un certificat éthique (nº 858) émis par le Comité d'éthique de la recherche avec des humains de l'Université du Québec à Montréal a approuvé l'observation et la cueillette de données au tribunal de santé mentale de la cour municipale de Montréal pour l'année 2016-2017. Bien que les audiences du tribunal soient publiques, c'est-à-dire qu'il est possible d'y assister à titre citoyen, l'ensemble des noms et des données sensibles (dates, nom des médecins traitants, etc.) ont été modifiés ou supprimés afin de rendre les analyses anonymes.

De nombreuses critiques mettent en doute la validité interne et externe de l'approche qualitative, mais Emmanuelle Bernheim (2011) a identifié des façons de contourner ces difficultés qui ont été particulièrement utiles dans cette thèse. La première est la triangulation des données par la multiplication des sources. Dans le cas de cette thèse, la triangulation fait écho aux données qualitatives liées à l'observation, à la cueillette de données quantitatives et à l'analyse documentaire. Cette manière de faire permet de contourner ce qui pourrait être introduit par une perspective unique. La deuxième stratégie est la tenue d'un journal de bord tout au long de la collecte de données afin de nuancer la réflexion par l'identification des impressions et des *a priori*. Selon l'auteur, le chercheur « peut améliorer la qualité des données recueillies lors de ses visites suivantes » (Bernheim, 2011, p. 340).

Malgré ces précautions, l'analyse doit nécessairement tenir compte des forces et des faiblesses des données, c'est-à-dire qu'il faut être au fait des circonstances pouvant diminuer la qualité des données collectées. Dans le cas qui nous concerne, la difficulté à bien entendre et noter l'ensemble des récits des acteurs judiciaires, et ses

conséquences sur la compréhension du contexte et de la trajectoire de la personne accusée, pourrait ultimement venir altérer les données. En ce qui a trait aux données quantitatives, certaines limites ont aussi été rencontrées étant donné que l'ensemble des informations recherchées n'étaient pas toujours disponibles. Par conséquent, certaines données sont manquantes ou incomplètes.

Qu'elle soit appelée méthode mixte ou hybride, associant à la fois des éléments de la recherche qualitative et quantitative, la méthodologie retenue implique différentes étapes afin de répondre aux objectifs de la thèse.

6.2.3 La collecte de données

Bien que nous n'ayons réalisé qu'une seule vague continue de collecte, le processus itératif était au cœur du travail : la grille d'observation a été adaptée au fur de la collecte en intégrant des aspects qui ont été moins travaillés au début du processus. Ces aspects ont émergé lors des premières analyses.

La saturation théorique signe la fin de la cueillette de données. Elle s'obtient lorsque de nouvelles données se répètent, ne permettent pas de créer de nouvelles catégories conceptuelles ou encore n'ajoutent pas de nouveau sens à ce qui est déjà compris (Savoie-Zajc, 2007). Le concept de saturation a été développé par Glaser et Strauss (1967), qui parlent à la fois de saturation théorique et de saturation empirique. La saturation théorique s'applique à un concept qui émerge des données et est confronté à différents contextes (Pires, 1997). Lorsque différentes données n'ajoutent rien de nouveau au concept, c'est à ce moment précis que l'on parle de saturation. Quant à la

saturation empirique, elle « désigne le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles » (Pires, 1997, p. 67).

En somme, la saturation a deux principales fonctions : indiquer à l'étudiante-chercheure quand on peut arrêter la collecte de données et permettre une généralisation des résultats.

6.2.3.1 L'observation

Une fois le cadre de la recherche posé, il est maintenant possible d'aller sur le terrain : la cour municipale de la Ville de Montréal. L'observation en situation, appelée « observation directe », « observation participante » ou « observation *in situ* », implique nécessairement la participation d'un chercheur qui observe de manière prolongée des situations ou des comportements (Jaccoud et Mayer, 1997). Cette méthode vise à connaitre le fonctionnement ordinaire d'un milieu social. De manière concrète, l'observation consiste à être le témoin de comportements sociaux dans le lieu *naturel* des individus (Peretz, 2004). Ce travail de terrain permet une construction du savoir par une mise en rapport, mais aussi une mise à distance de l'individu et de l'objet de recherche.

L'observation requiert une capacité d'adaptation et une attention soutenue. Elle implique du chercheur trois activités : 1) une présence physique sur les lieux ; 2) une activité d'observation et d'interaction avec les individus qui composent le milieu, ceux qui y travaillent ou qui doivent se présenter pour leurs audiences ; 3) une prise de notes

au moment de l'observation ou en dehors des lieux.

1) Intégrer le terrain

Vouloir faire une enquête terrain et de l'observation exige une présence sur les lieux, et ce, pendant une période continue. Le tribunal de santé mentale de Montréal est connu sous l'appellation « Programme d'accompagnement justice-santé mentale » (PAJ-SM) et est chapeauté par la cour municipale de la Ville de Montréal. L'observation a été réalisée à ce tribunal et plus spécifiquement à la salle R-10, où se déroule l'ensemble des audiences pour ce programme. À raison de quatre jours par semaine pendant sept mois, des périodes d'observation ont été réalisées.

De manière générale, chaque milieu social a des codes et des manières de faire qui lui sont propres, et cela est d'autant plus vrai pour un milieu comme le tribunal. Il faut connaitre le vocabulaire et le décorum spécifiques et rigides, le rôle des acteurs et le fonctionnement sommaire de la cour. Ainsi, pour diminuer l'impact de la nouveauté du terrain, des périodes d'observation « initiales » ont été réalisées avant le début de l'enregistrement des données « officielles » de la recherche, c'est-à-dire que l'étudiante-chercheure a assisté à des audiences et pris connaissance du déroulement spécifique du PAJ-SM[49]. Par ailleurs, il est apparu nécessaire de bien distinguer le rôle d'assistante de recherche tenu antérieurement et celui d'étudiante-chercheure, c'est

---

[49] De plus, ayant agi en 2013 comme assistante de recherche pour un projet s'intéressant aux tribunaux de santé mentale et à leur impact chez les personnes en situation d'itinérance (MacDonald, Bellot et Sylvestre, 2012), l'étudiante-chercheure avait déjà eu l'occasion de discuter avec les acteurs de la cour, d'assister à des réunions et ainsi de bien comprendre les coulisses de ce programme particulier.

pourquoi les objectifs de cette recherche ainsi que son cadre méthodologique ont été brièvement discutés avec certains professionnels. En outre, si le visage de l'étudiante-chercheure était déjà familier pour l'équipe, ceci a pu faciliter son intégration.

Les lieux d'observation ciblés englobaient autant l'extérieur que l'intérieur de la salle d'audience. Certains espaces étaient toutefois inaccessibles : la salle où les personnes détenues attendent avant leur audience ou encore celle où les professionnels discutent et réalisent leur rencontre. L'observation des lieux a offert des moments riches, et ce sont d'ailleurs ces moments qui seront illustrés.

Bien que les audiences de la cour ne débutent qu'à 14 h, l'étudiante-chercheure arrivait toujours 30 minutes, voire 45 minutes à l'avance. Pourquoi ? Parce que l'attente fait partie intégrante du processus judiciaire : on attend longtemps pour au final ne voir le juge que quelques minutes. En autre, cela permettait ainsi d'observer les interactions entres les avocats de la défense et leur client.

La figure suivante permet d'illustrer la position occupée par chacun des acteurs du tribunal ainsi que par l'étudiante-chercheure. Les agentes de liaison de même que les personnes qui accompagnent la personne accusée occupent le carré « public ». La figure illustre aussi que la personne accusée laissée en liberté est placée seule entre l'avocat de la Couronne et celui de la défense. Quant à la personne détenue, elle se retrouve dans la zone « détention » séparée du juge par une barrière vitrée ; un espace est prévu pour permettre à l'avocat de la défense de transférer des documents à son client ou encore lui faire signer des formulaires.

Figure 6.1 Emplacement physique de l'étudiante-chercheure dans la salle R-30

2) Interagir avec le milieu

L'observation est une pratique impliquant nécessairement des interactions avec le milieu. Observer un milieu précis, c'est aussi circuler parmi les personnes qui fréquentent ce lieu et y vivent diverses expériences. Cette approche permet de décoder un ensemble de données formelles et informelles. Pour Peretz (1998), les données formelles font référence à ce qui est visible et incluent autant les comportements que les écrits, tandis que les données informelles sont beaucoup plus subtiles ; il peut s'agir

de réactions, du type de vocabulaire employé par les personnes et du dialogue. L'observation, lorsqu'elle est réalisée dans un contexte où les acteurs sont informés du projet de l'étudiante-chercheure, exigera de celle-ci qu'elle discute avec eux, même très peu.

Dans le cadre de cette thèse, le principal défi lié au terrain a été, pour l'étudiante-chercheure la capacité de s'immerger, de comprendre et de pénétrer le tribunal. Pour ce faire, différentes stratégies ont été mises en place comme d'arriver bien avant que les audiences débutent afin d'observer les personnes présentes, les acteurs du tribunal et les agents de surveillance. Ces moments offraient une foule d'informations pertinentes sur le programme : les relations qu'entretiennent les personnes accusées avec leurs avocats ou les personnes qui les accompagnent, l'attente au tribunal, la négociation avec les agents de surveillance, l'appropriation des lieux par les personnes accusées, etc.

Un autre défi a sans contredit été la prise de notes détaillées, au moment des audiences, des récits des personnes. En effet, aucun enregistrement n'a été réalisé durant les audiences et aucune demande n'a été faite afin d'en obtenir les enregistrements. Au final, par un travail rigoureux, des verbatims d'extraits d'audience ont pu être rédigés. De plus, la tenue du journal de bord a permis de transcrire les impressions ou les réflexions que pouvaient susciter certaines audiences tout comme les attitudes et comportements des différents individus présents lors des audiences. Cette transcription devait être la plus systématique possible dans la prise en compte de la pluralité des points de vue et des interactions entre les différents acteurs (juge, avocats, intervenants sociaux, personne accusée, etc.). Souvent, il était possible à la fin des audiences d'échanger quelques mots avec les agentes de liaison, notamment pour éclaircir certains éléments des décisions, pour connaitre la suite du processus pour une personne

accusée et dont le contexte est particulier ou encore pour préciser la démarche souhaitée par l'équipe du programme.

3) S'approprier les données

S'approprier les données de la thèse est un travail de longue haleine. Pour faire de bonnes observations, il faut bien comprendre ou du moins bien suivre ce qui se dit au moment de l'audience. Ainsi, offrir une présence à temps plein a été essentiel. Au total, huit mois ont été consacrés à l'observation pour un total de 606 audiences analysées. Il est important de préciser qu'une cinquantaine d'audiences pour lesquelles de l'observation directe avait été accomplie ont finalement été mises de côté puisqu'il ne s'agissait pas de dossiers du tribunal de santé mentale. En effet, il est courant que certains dossiers du tribunal régulier y soient traités.

6.2.3.2 La cueillette des données quantitatives

Les données quantitatives ont été récoltées tout au long du travail de terrain. Le document principal ayant alimenté la collecte est celui du rôle de la journée. Ce document, agrafé sur un tableau tout près de la porte de la salle d'audience R-10, contient des informations précieuses sur les personnes accusées : le genre, la date de naissance, les accusations portées et le stade des procédures. Le prochain tableau donne un exemple d'extrait du rôle de la journée au tribunal de santé mentale.

Tableau 6.1 : Exemple d'informations se retrouvant sur le rôle

Nom de la personne accusée	Date de naissance	Salle	Heure	Numéro du dossier	Accusations	Étape
Luc Bélanger	1976-09-09	R-30	14 h 30	115-048-889	264 (1)	Procès PRO FORMA

Dans un premier temps, l'ensemble des informations contenues dans le tableau était noté, puis un numéro était associé à chaque personne accusée afin qu'au moment de sa comparution, nous puissions associer les données présentées sur le rôle avec les notes recueillies lors des audiences, qui venaient bonifier les données quantitatives.

Le prochain tableau reproduit la grille d'analyse quantitative utilisée et révèle l'ensemble des éléments récoltés selon trois catégories : la personne accusée (genre, antécédents criminels, etc.), les accusations (nombre, type, etc.) et le déroulement de l'audience (but, objection à la remise en liberté, conditions émises, etc.)

Tableau 6.2 : Types de données quantitatives récoltées

Données sur la personne accusée	Données sur les accusations	Données récoltées au moment de l'audience
A. Genre de la personne B.La personne accusée est-elle présente ? C. Un avocat est-il présent ? D.Est-ce un avocat de l'aide juridique ? E. La personne est-elle en situation d'itinérance ? F. La personne est-elle détenue ? G.La personne a-t-elle des antécédents criminels ?	A. Nombre d'accusations B. Nombre de dossiers C. Types d'accusations : 1. Autres 2. Harcèlement 3. Fausse carte d'identité 4. Action indécente 5. Complicité 6. Vol de carte de crédit 7. Incendie criminel 8. Entrave au travail des policiers 9. Vol 10. Complot 11. Voies de fait sur la police 12. Non-respect des conditions de libération 13. Méfait 14. Conduite dangereuse 15. Intimidation d'un acteur du système judiciaire 16. Refus de se soumettre à une ordonnance de probation 17. Agression armée 18. Port d'arme 19. Troubler la paix 20. Voies de fait avec lésions 21. Menaces de voies de fait	A. But de l'audience : 1. Enquête sur le cautionnement 2. Suivi au tribunal 3. Évaluation sur l'aptitude à subir son procès 4. Évaluation sur la responsabilité criminelle 5. Sentence 6. Demande de prolongation des délais de l'évaluation (aptitude ou responsabilité criminelle) 7. Remise de l'enquête sur le cautionnement 8. Libération (quand la personne est détenue) 9. Mandat d'arrestation B. Y a-t-il une objection à la remise en liberté de la personne ? C. Le dossier demeure-t-il actif dans le programme ? D. La personne accusée a-t-elle rencontré les agents de liaison ? E. L'intervenant de la personne accusée est-il présent dans la salle ? F. Y a-t-il un traducteur au moment de l'audience ? G. Y a-t-il des conditions de libération ? H. Conditions de sentence ? I. Conditions : 1. Garder la paix et avoir une bonne conduite 2. Ne pas communiquer avec la personne plaignante 3. Rayon domicile/lieu de travail de la personne plaignante 4. Rayon physique de X mètres de la personne plaignante 5. Ne pas consommer d'alcool ni de drogue 6. Ne pas posséder d'arme 7. Ne pas acheter de l'alcool ni se retrouver dans un endroit où l'on en vend sauf dans un restaurant pour y prendre un repas

	22. Fraude 23. Menace	8. Prendre rendez-vous avec X dès sa libération 9. Suivre et compléter une thérapie en gestion de la violence 10. Faire des démarches auprès d'un psychologue ou d'un intervenant 11. Prendre rendez-vous avec un intervenant 12. Suivre et compléter une thérapie en traitement de la toxicomanie 13. Prendre la médication tel que prescrit 14. Suivre les recommandations de l'équipe traitante 15. Prendre rendez-vous avec un agent de probation 16. Respecter un couvre-feu 17. Demeurer dans un endroit approuvé par l'équipe traitante 18. Informer le tribunal en cas de déménagement 19. Être présent à chaque audience 20. Quadrilatère 21. Autre (Ne pas faire de bruit) J. Sentence 1. Prison 2. Dossier référé au TAQ 3. Détention en CH 4. NCRTM 5. Abandon de la poursuite 6. Probation et 810 7. Travaux communautaires 8. Absolution conditionnelle 9. Absolution inconditionnelle 10. Amende

6.3 Stratégie d'analyse des données

Les différentes étapes de l'analyse de données ne sont pas linéaires. Au contraire, elles sont en interaction tout au long du processus. Comme le préconise la théorie ancrée, les thèmes ont émergé d'eux-mêmes au cours de l'analyse : dès les premières séances d'observation, certains éléments particulièrement intéressants ont été repérés. Ces éléments ont ensuite été intégrés à la grille d'analyse pour les observations subséquentes.

6.3.1 Les données quantitatives : du nettoyage à l'analyse statistique

Afin de réaliser l'analyse statistique de nos données quantitatives, nous avons opté pour le logiciel SPSS pour les raisons suivantes : l'interface qui facilite son utilisation et les différentes options offertes. Ce type d'analyse permet de traiter un nombre important de données et de dégager les aspects les plus intéressants de celles-ci.

Une base de données contenant l'ensemble des informations présenté dans le tableau ci-dessus a été constituée pour assurer une analyse adéquate des profils des personnes interpelées par le tribunal de santé mentale. Les données recueillies pour les 606 audiences observées y ont été intégrées. Une fois cette étape réalisée, nous avons dû procéder à ce qu'on appelle un « nettoyage des données » afin de nous assurer qu'aucune case ne demeurait vide ou encore que des erreurs d'entrée de données aient eu lieu.

Ce travail technique terminé, l'analyse à proprement parler pouvait enfin débuter. Les analyses statistiques développées sont de natures descriptives, c'est-à-dire qu'elles permettent de dégager un certain nombre d'informations statistiques décrivant des relations pouvant exister entre les données. Le tableau des données a par la suite été regroupés selon trois grands thèmes :

1) Les variables concernant la personne accusée permettent de documenter le genre, l'âge et la représentation par avocat ainsi que de spécifier si la personne est détenue ou en liberté au moment de l'audience ;
2) Les variables sociotemporelles permettent de documenter des données recueillies au moment de l'audience comme le but de l'audience, la sentence, les conditions de libération et l'objection à la remise en liberté ainsi que de préciser si la personne accusée a rencontré l'agente de liaison ;
3) Les variables judiciaires concernent les accusations, le nombre de dossiers et les types d'accusations.

6.3.2 Les données qualitatives

Le but principal de l'analyse du matériau colligé est de chercher à comprendre « et de mettre en lien, à révéler ce qui ne se donne pas dans un examen trop superficiel, à retrouver les cohérences ou à révéler les incohérences » (Paillé, 2007, p. 415). Différents objectifs sont recherchés par ce type d'analyse. Tout d'abord, elle permet de condenser les données brutes et diversifiées dans un format résumé afin d'établir des liens entre les objectifs de la thèse et les différentes catégories qui découlent de

l'analyse (Blais et Martineau, 2006; Thomas, 2006). Le travail analytique permet ainsi de développer un modèle selon les catégories finales trouvées.

Comme mentionné précédemment, l'ensemble des données a été recueilli par une prise de notes manuscrites et retranscrit à l'ordinateur. Aucun logiciel de type N'Vivo n'a été utilisé puisqu'il était plus commode de réaliser les regroupements des codes « à la main » plutôt que dans un logiciel. L'ensemble du corpus a tout de même été analysé, rien n'a été mis de côté. Afin de parvenir à une analyse riche respectant les critères de la scientificité, une série d'étapes précises a été suivie. L'analyse des données a été guidée par les objectifs et les questions de recherche, ce qui a permis de cibler spécifiquement les éléments devant être étudiés dans le corpus (Blais et Martineau, 2006).

L'étudiante-chercheure a parcouru de nombreuses fois l'ensemble du matériau de recherche afin de s'approprier les données. Déjà, à ce stade, des réflexions sur certains thèmes ont émergé. En marge de cette lecture, des mémos ont été rédigés afin de consigner les premières impressions « brutes ».

1) Codification ouverte

La codification ouverte consiste essentiellement à coder les verbatims des audiences en autant de codes que possible. Pour ce faire, nous avons identifié différents segments remarquables qui construisaient du sens dans le cadre des objectifs de recherche de la thèse (Blais et Martineau, 2006). Un code a été apposé à ces segments, c'est-à-dire une courte expression servant à désigner chacun d'entre eux. Au fur et à mesure de cette

codification, d'autres segments pouvaient être intégrés à ce code s'ils avaient le même sens. Il a émergé de la codification ouverte un nombre important de codes qui n'étaient pas nécessairement mutuellement exclusifs, des extraits pouvant recevoir le même code.

À cette étape, il est de mise de rester le plus près possible du vocabulaire des personnes afin de bien illustrer le langage propre à un groupe spécifique. Cette démarche analytique a été réalisée par une lecture ligne à ligne des notes d'observation, des récits des personnes accusées et des acteurs judiciaires afin d'analyser tout le contenu de manière adéquate tout en restant fidèle aux propos des personnes accusées et des acteurs du tribunal. Les mémos et les notes prises lors de l'observation ont aussi été analysés. Ces mémos contenaient une foule d'informations diversifiées : des pistes de réflexion, des impressions sur le tribunal et les personnes accusées, des descriptions sur ce qui est vu et perçu au moment des observations, etc. Ils ont été fortement utiles lors des dernières étapes de l'analyse.

2) Codification axiale

Lors de la codification ouverte, un grand nombre de codes a été produit. La codification axiale a alors permis d'effectuer des regroupements entre les codes qui présentaient soit le même sens, soit le même point de vue conceptuel, soit la même idée. À partir de la codification axiale, d'autres regroupements ont été créés, passant ainsi d'une analyse descriptive à une analyse conceptuelle.

Sans surprise, lors de cette étape, il a fallu rapidement organiser le matériau selon des catégories fortes ayant émergé de l'analyse du terrain de recherche en fonction des

objectifs de la thèse. Conformément à la littérature, chaque catégorie devait être en lien avec les objectifs de la thèse (Blais et Martineau, 2006). Globalement, les catégories ont donc été créées à partir du sens découlant des codes associés (Thomas, 2006). Par exemple, la catégorie « se raconter » contenait le code « les activités thérapeutiques/médicales » et ce code contenait la ou les transcriptions servant de référence.

La dernière étape de la codification axiale a permis de rassembler des catégories dites « fortes » ou « centrales » de la thèse. Cette étape n'est pas étrangère à celle réalisée précédemment, elle demande seulement un niveau d'abstraction plus important. Pour reprendre l'exemple présenté ci-dessus, la catégorie « se raconter » a été combinée à la catégorie « vouloir s'en sortir » qui lors de la codification sélective a permis de faire émerger la catégorie « injonction biographique » dans la trajectoire judiciaire.

Le tableau suivant illustre concrètement les étapes de la codification qui sous-tendent le processus analytique.

Tableau 6.3 : Processus de codification

Verbatim	Codification ouverte	Codification axiale	Codification sélective
Personne accusée : *Au cours de mes études, j'ai consommé, j'ai fait une psychose toxique. J'ai été acquitté pour troubles mentaux et j'ai eu un diagnostic de trouble bipolaire [...]. Là j'ai vraiment compris la leçon à X [nom d'une ressource où il a été hospitalisé]. En septembre, j'ai pris la décision d'aller à Dollard-Cormier même si j'avais arrêté de consommer. Dollard-Cormier, je le prends comme un filet [...]. Je continue mes études, j'ai un travail, je fais un suivi avec mon Dr X [nom de son médecin] et je prends ma médication.*	Aller à l'école	Vouloir s'en sortir	Transformation de l'individu
	Aller chercher de l'aide par lui-même		
	Continuer le suivi avec l'équipe médicale	Devoir se conformer	
	Dire son diagnostic		
	Prendre ses médicaments		

Les catégories qui ont émergé lors de la codification sélective ont la particularité d'être mutuellement exclusives : elles renvoient à des éléments conceptuels distincts les uns des autres. Le tableau ci-dessus l'illustre bien, elles regroupent aussi un ensemble de catégories ciblées lors de la codification axiale.

3) Théorisation

Une fois le travail d'analyse effectué, le processus de théorisation peut être entamé. Il s'agit véritablement de la dernière étape de l'analyse. Les grandes catégories ont alors été interrogées, mises en relation et confrontées les unes aux autres ainsi qu'avec la littérature.

6.4 Limites et biais méthodologiques

Les données quantitatives ayant été colligées manuellement, on note un nombre important de données manquantes pour certaines variables constituées, notamment les informations judiciaires des personnes accusées (nombre de dossiers, etc.). De plus, en début d'observation, il a fallu bonifier considérablement la grille pour y ajouter des catégories. Enfin, il arrivait souvent que pour une personne accusée peu de détails soient communiqués au moment de l'audience, et ce, surtout dans le cas des personnes détenues. Ces limites sont susceptibles de se refléter dans les analyses effectuées.

De plus, une attention particulière a dû être portée aux jugements de valeur en faveur des personnes accusées afin de garder un point de vue des plus objectifs. En effet, à certaines occasions, nous avions une opinion différente de celle de la cour concernant l'aptitude de la personne à subir son procès ou encore le niveau de dangerosité qu'elle pouvait représenter.

Quoi qu'il en soit, les données et les récits présentés dans le cadre de cette thèse illustrent fidèlement les propos des acteurs et des personnes ayant un problème de santé mentale dans un tribunal. Bien qu'aucune entrevue n'ait été réalisée avec les personnes intimées, il a été important tout au long de l'analyse et de la rédaction de garder un point de vue sensible sur les situations souvent complexes et difficiles de ces personnes.

En somme, l'observation des audiences de la cour n'a pas été un exercice facile tant d'un point de vue technique qu'émotionnel : s'il fallait rester concentrée sur tout ce qui se disait au moment des audiences, les histoires et contextes révélés étaient parfois difficiles à entendre.

6.5 Présentation sommaire du terrain

Le terrain de recherche a eu lieu à la cour municipale de la Ville de Montréal, qui gère principalement des causes et des délits mineurs. Elle a juridiction sur l'ensemble du territoire en matières civiles, criminelles et pénales, ce qui comprend aussi les services judiciaires liés au traitement des constats d'infraction de stationnement. Chaque matin, de nouvelles personnes détenues arrivent pour des problèmes souvent considérés comme des problèmes « de routine » par les agents de police — vol, violence conjugale, entrave, méfaits, contraventions, etc. — et donc compris comme étant de la petite criminalité. Le roulement des audiences est important, matin comme après-midi.

6.5.1 La cour municipale de la Ville de Montréal

La cour municipale de la Ville de Montréal se veut « un tribunal accessible aux citoyens offrant une justice de proximité efficace et humaine » (Ville de Montréal, 2017). La majorité du temps, les salles d'audience sont bondées, voire chaotiques : les avocats de l'aide juridique tentent de repérer leurs clients ou encore les personnes accusées n'étant pas encore représentées par avocat. Dans les salles d'audience, les avocats de la Couronne, qui ont à leur côté un chariot rempli de dossiers, enchainent les dossiers à une vitesse impressionnante. En effet, les audiences se déroulent rapidement. Les personnes accusées, en liberté ou détenues, sont appelées à tour de rôle à se présenter devant le juge. Souvent, elles ne prononcent pas de mots, ou alors très peu, et repartent avec une liste de conditions à respecter. Parfois elles reçoivent leur sentence, parfois elles retrouvent leur liberté.

Après les contacts avec les agents de la police, la cour municipale est l'élément sur lequel des milliers de citoyens vont forger leur perception du système de justice en l'expérimentant comme plaignant, accusé, ami ou parent. Pour la plupart d'entre eux, cette expérience sera l'une des rares confrontations qu'ils auront avec le processus judiciaire.

La cour municipale de Montréal héberge en plus du tribunal dit « régulier » sept programmes sociaux. En effet, en partenariat avec le milieu communautaire et certains ministères, des programmes destinés aux personnes accusées qui présentent des besoins particuliers ont été développés sous l'idée que certaines peines étaient mal adaptées à leurs capacités tant physiques que psychologiques. Ces programmes s'éloignent de l'approche « traditionnelle » sur le plan des accusations, du déroulement du procès et de la condamnation. En 2015, il y avait au total plus de 14 000 dossiers actifs dans ces programmes (Ombudsman de Montréal, 2015).

Alors que certains programmes ciblent les personnes accusées, d'autres, au contraire, sont destinés aux victimes d'actes criminels : des intervenants sociaux sont présents afin de rencontrer et de prendre en charge les victimes. Un point commun à l'ensemble de ces programmes est toutefois que la personne doit y participer sur une base volontaire, et elle peut décider à tout moment de se retirer.

Pour les victimes de violence conjugale, le programme Côté Cour offre du soutien aux personnes (conjoint, enfants) qui doivent se présenter à la cour contre leur agresseur. Si la personne accusée est libérée, la victime est informée rapidement des conditions de remise en liberté.

Un programme a aussi été mis en place pour les personnes de 65 ans et plus qui sont victimes de maltraitance. En effet, le Programme d'accompagnement en justice – Maltraitance aux ainés (PAJMA) offre aux victimes du soutien durant le processus judiciaire par l'intermédiaire du centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC). Dans le cadre de ce programme, un intervenant rencontre la victime dès sa première présence à la cour.

Pour les individus qui doivent continuer à côtoyer la personne accusée malgré le dépôt d'une plainte criminelle (par exemple des voisins, des collègues de travail), la cour a mis en place le programme Conciliation. L'admissibilité à ce programme est décidée par le procureur si, une fois la victime rencontrée, une entente à l'amiable semble possible. Dans certains cas, l'accusation peut être retirée et des dommages peuvent compenser (par exemple, une compensation financière). Si, au contraire, les parties ne s'entendent pas, le processus judiciaire reprend son cours.

Le programme EVE cible pour sa part les femmes ayant commis des infractions d'ordre économique (par exemple vol, fraude, falsification de chèque, etc.). Dans le cadre de ce programme, l'admissibilité est de nouveau décidée par le procureur en collaboration avec les intervenants du programme, mais la personne accusée doit reconnaitre sa responsabilité. L'objectif du programme est de trouver une alternative à l'emprisonnement. La personne accusée doit participer à différentes séances de groupe et à des suivis. Selon la suite des choses, un retour au tribunal régulier pourrait avoir lieu ou le montant des dettes de la femme accusée pourrait être réduit.

Pour les personnes déclarées coupables de conduite avec facultés affaiblies (alcool/drogue), le programme Projet Point Final vise la prise de conscience de l'importance de ne pas conduite après avoir consommé. Tout comme le programme EVE, celui-ci se veut une alternative à l'emprisonnement et engage la personne accusée à assister à des séances de groupe offertes par le programme lui-même ou par l'association des Alcooliques Anonymes. De nouveau, si le cheminement de la personne est jugé satisfaisant, l'amende pourrait remplacer l'emprisonnement.

Le Programme d'accompagnement en juste – itinérance (PAJIC) vise les personnes qui ont vécu une période d'itinérance et qui ont été retrouvées coupables d'un délit ou encore qui ont une dette à payer à la cour. Sur la référence d'un intervenant de l'organisme Clinique Droits Devant, une personne pourra régulariser sa situation judiciaire si le procureur de la poursuite accepte son admissibilité. Le processus judiciaire sera alors suspendu pendant la participation de la personne au programme (séances de groupe, suivi en réinsertion sociale). À la fin du programme, ses dettes pourraient être annulées ou sinon réduites. Si la personne désire se retirer du programme ou encore l'« échoue » », la procédure judiciaire reprend son cours normal.

Enfin, le dernier programme offert à la cour municipale de Montréal est celui qui fait l'objet de cette thèse, soit le tribunal de santé mentale, appelé à la cour le Programme d'accompagnement justice – santé mentale (PAJ-SM).

6.5.2 Le Programme d'accompagnement justice – santé mentale de la cour municipale de Montréal

D'abord élaboré comme un projet pilote s'échelonnant sur trois ans, le Programme d'accompagnement justice – santé mentale[50] a été mis sur pied en 2008 à la cour municipale de la Ville de Montréal. Le PAJ-SM s'est développé principalement en partenariat avec la Ville de Montréal et les ministères de la Justice, de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique du Québec. La création du PAJ-SM a été motivée d'un côté par le milieu communautaire, qui désirait sensibiliser le ministère de la Justice à la réalité, au sein du système judiciaire, des personnes ayant un problème de santé mentale, et de l'autre par l'augmentation du nombre de dossiers, dans les cours de justice, impliquant des personnes aux prises avec une telle problématique. De plus, la mise en place du PAJ-SM est une réponse à certaines difficultés qui avaient été identifiées et qui rendaient laborieuse la gestion des dossiers en santé mentale dans le cadre du tribunal régulier (Provost, 2011). Parmi ces difficultés, on trouve principalement la méconnaissance chez les acteurs judiciaires des dispositions de la partie XX.1 du Code criminel (référant aux troubles mentaux), la zone grise située entre l'aptitude à subir son procès et la non-responsabilité criminelle, le peu d'alternatives à l'incarcération, le traitement non uniforme des personnes ayant des problèmes de santé

---

[50] L'appellation initiale en était « Tribunal de santé mentale ». Le terme a été changé afin de diminuer la stigmatisation entourant ce terme.

mentale ou tout simplement l'absence de suivi et, enfin, le syndrome de la porte tournante qui mène à l'imposition de peines de plus en plus sévères aux personnes reconnues coupables.

Comme l'indique le rapport de Provost sur le PAJ-SM, l'objectif de ce tribunal est « d'offrir des services intégrés (santé et services sociaux et judiciaires) davantage adaptés à la condition des contrevenants présentant des problèmes de santé mentale afin de proposer des alternatives à l'emprisonnement » (2011, p. 1). Plus spécifiquement, ce tribunal s'adresse à des adultes ayant un problème de santé mentale et ayant été accusés d'infractions pénales ou criminelles commises sur le territoire montréalais[51]. Il semblerait que de situer le PAJ-SM a la cour municipale de la Ville de Montréal se soit imposé « naturellement » pour la création du PAJ-SM étant donné le faible niveau de gravité des délités traités, c'est-à-dire des infractions punissables sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire. Deux prérequis sont nécessaires pour qu'un dossier soit transféré du tribunal « régulier » vers le PAJ-SM : la personne accusée doit présenter des indicateurs de problèmes en santé mentale et elle doit décider sur une base volontaire de participer au programme. Selon les données de l'enquête de MacDonald et de ses collègues (2014), le nombre de dossiers du PAJ-SM a pratiquement doublé depuis sa création, passant de 1579 la première année à 3883 en 2012.

Malgré son caractère particulier, le PAJ-SM est bel et bien un programme

---

[51] Voir à ce sujet le document préparé par le ministère de la Justice du Québec et résumant les débuts du programme : http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/themes/jsm/pdf/paj-sm.pdf

d'accompagnement et non un organe judiciaire indépendant :

> [I] le PAJ-SM ne crée pas une nouvelle entité judiciaire parallèle à la cour municipale de la Ville de Montréal. Il s'agit davantage d'un programme à caractère social, qui vise à améliorer le sort d'une clientèle particulièrement vulnérable au sein du processus judiciaire. Ainsi, les dossiers traités au sein du PAJ-SM demeurent des dossiers de la cour municipale de la Ville de Montréal et sont soumis aux mêmes règles procédurales que les dossiers dits « réguliers ». (Provost, 2011, p. 10)

Proposant un suivi à court, moyen et long terme, les pratiques du PAJ-SM s'inscrivent dans la philosophie des tribunaux spécialisés basés sur la justice thérapeutique : approche non adversaire, plan de traitement individualisé, audiences moins formelles et collaboration entre les professionnels du système judiciaire et ceux des services de santé et sociaux. D'ailleurs, il est rapporté que le procureur du PAJ-SM, bien qu'il agisse toujours « dans le respect du droit, présente dans sa pratique une certaine flexibilité dans l'application de celui-ci » (Barreau de Montréal, 2011).

L'équipe multidisciplinaire est sans contredit une composante essentielle du fonctionnement du PAJ-SM ; elle est composée d'acteurs du système judiciaire (juges désignés, procureures de la Couronne, avocat de l'aide juridique assigné au programme, avocat de la défense et agent de probation), des services sociaux et de la santé (médecin, agent de liaison et criminologue) et de certains partenaires (organismes communautaires, centre en traitement de la toxicomanie, etc.). Le travail de l'équipe permet tantôt de cibler la nature des problèmes de santé mentale des personnes, tantôt de déployer une intervention rapide, tantôt de favoriser un arrimage avec les ressources appropriées (Crocker, Jaimes et Braithwaite, 2010).

6.5.3 Les procédures et applications du tribunal

Les audiences du PAJ-SM se déroulent quotidiennement dans la salle y étant réservée, soit la salle R-10 de la cour municipale de Montréal. Les séances débutent à 14 h 30. Comme mentionné précédemment, la participation au programme est volontaire, et une personne peut décider à tout moment de se retirer du processus. L'équipe du PAJ-SM confirme le volontariat et l'admissibilité des personnes accusées en tenant compte, entre autres, des évaluations réalisées par le médecin ou les criminologues afin de mieux déterminer la présence ou non d'un problème de santé mentale.

Il existe trois volets distincts au sein du PAJ-SM : expertise, suivi et liaison. Le volet « expertise » fait référence aux demandes d'évaluation il semble que les volets « suivis » « et « liaisons » soient de plus en plus regroupés afin de faciliter les procédures. Brièvement, le volet expertise fait référence au traitement des demandes d'évaluation psychiatrique concernant l'aptitude à subir son procès et la responsabilité criminelle. Ce sont dans les volets suivi et liaison que les agents de liaison, avec le consentement de la personne, entreprendront un suivi avec la personne accusée afin de cibler ses besoins, de faire les liens avec son équipe traitante (si présente) ou d'orienter la personne vers des services adaptés[52].

Les deux prochaines sous-sections expliqueront en détail les trajectoires possibles, au sein du PAJ-SM, des personnes accusées qui sont en liberté ou détenues.

---

[52] Le suivi avec un agent de liaison fait partie des conditions de remise en liberté de la plupart des personnes qui sont dans le PAJ-SM.

6.5.3.1 Cheminement de la personne détenue au moment de la référence au tribunal de santé mentale

La figure ci-dessous illustre le cheminement d'une personne détenue au moment de la référence au PAJ-SM. On y note plusieurs moments où différentes directions sont possibles.

Figure 6.3 Cheminement des personnes détenues au moment de la référence au PAJ-SM (Provost, 2011)

L'une des premières étapes pour la personne détenue qui est référée au programme sera la rencontre avec le médecin. Durant cette courte rencontre, le médecin évaluera l'aptitude de la personne accusée à subir son procès. Si elle est déclarée inapte et que le juge, lors de l'audience, entérine l'évaluation du médecin, la personne accusée partira en évaluation jusqu'à ce qu'elle soit jugée apte à subir son procès. Dans le cas où le médecin la déclare apte à subir son procès, la personne accusée aura une deuxième courte évaluation, cette fois réalisée par des intervenants (souvent des criminologues) de l'Urgence psychosociale-justice (UPS-J). Ces deux évaluations informent aussi les acteurs de la cour de la présence ou non d'indicateurs d'un problème de santé mentale chez la personne accusée. En l'absence de tels indicateurs, il y a de fortes chances que le dossier soit retourné au tribunal « régulier ».

Par la suite, une fois que le procureur aux plaintes aura demandé une évaluation de la gravité de l'offense et du risque de récidive, la personne pourra débuter le programme. À différents moments, l'avocat de la défense peut aussi demander une évaluation de la responsabilité criminelle s'il doute que son client, au moment des faits, ait été en mesure de comprendre que son comportement était fautif. Dans le cas où la personne est déclarée NCRTM, son dossier est clos au tribunal de santé mentale et transféré au tribunal administratif du Québec.

À partir du moment où la personne accusée est remise en liberté, les rencontres avec les agentes de liaison pourront commencer. Durant ces rencontres, les agentes de liaison établiront avec la personne accusée un plan de sortie et tenteront de répondre à ses besoins en termes de services de santé et de services sociaux. Au fur et à mesure des rencontres, l'équipe du programme évaluera les « progrès » de la personne et validera que les conditions de remise en liberté sont respectées. Nous l'avons vu au

chapitre IV, l'un des objectifs des tribunaux de santé mentale est de réaliser un arrimage serré avec l'équipe traitante. Cette rencontre avec l'agente de liaison permet de faire le point sur la démarche, de préparer la personne à la prochaine audience ou de lui remettre différents documents liés à son cheminement : début de thérapie en toxicomanie ou en gestion de la violence, démarches réalisées avec un travailleur social, etc. En somme, la personne accusée doit prouver au tribunal sa motivation à poursuivre le programme.

Au terme du PAJ-SM, deux constats peuvent être émis :

1) L'« échec » du programme : dans le cas où la personne accusée n'a pas respecté les conditions de remise en liberté ou ne désire plus poursuivre le programme. Son dossier est alors renvoyé au tribunal régulier ;
2) La « réussite » du programme : dans le cas où la personne collabore avec les acteurs judiciaires, respecte ses conditions et n'a pas eu ou presque pas de récidive criminelle. Pour clore le dossier, trois directions sont possibles : le retrait des accusations, l'engagement selon l'article 810 du Code criminel canadien ou la prononciation d'une nouvelle sentence.

6.5.3.2 Cheminement de la personne en liberté au moment de la référence au tribunal de santé mentale

Le cheminement de la personne en liberté au moment de la référence est très semblable à celui de la personne détenue. Ce sont des avocats de la Couronne ou encore des avocats de la défense croyant que la personne pourrait participer au PAJ-SM qui acheminent la demande à l'équipe du programme. Une fois l'admissibilité de la personne confirmée par le procureur, les mêmes étapes que celles détaillées précédemment seront appliquées. En effet, si la personne est d'accord pour que son dossier soit transféré, elle rencontrera une agente de liaison qui déterminera ses besoins et de quelle manière les liens peuvent être resserrés entre l'équipe du tribunal et différentes ressources de la santé et des services sociaux.

Figure 6.4 Cheminement des personnes en liberté au moment de la référence au PAJ-SM (Provost, 2011)

Tout comme dans le cas d'une personne détenue, une évaluation de la responsabilité criminelle peut être demandée par l'avocat de la défense. De nouveau, dans le cas où une personne est déclarée NCRTM, son dossier est transféré au tribunal administratif du Québec.

En fin de programme, les deux mêmes options s'offrent : soit un retour vers le tribunal régulier dans le cas d'un « échec », soit un retrait des accusations, une suspension de la sentence ou toute autre forme de sanction déterminée par le tribunal dans le cas d'une « réussite ». À l'instar de la clientèle de l'ensemble des tribunaux de santé mentale, selon ce qui est rapporté dans la littérature, les personnes interpelées par le PAJ-SM pourront bénéficier de mesures pénales ou criminelles plus clémentes et adaptées à leur situation, des peines d'emprisonnement au retrait des accusations en passant par les travaux communautaires.

En somme, les deux figures présentées ci-dessus démontrent nettement la pluralité, la diversité et surtout la complexité des trajectoires des personnes accusées dans un tribunal de santé mentale.

****

Au sortir de ce troisième volet, la question et les objectifs de recherche ayant guidé les analyses sont maintenant clairs et précis. Globalement, cette thèse est guidée par la question : « Qu'est-ce que la justice thérapeutique ? » Pour répondre à cette question complexe, différents choix méthodologiques ont été faits. Cette thèse propose ainsi une méthodologie mixte alliant une analyse du discours des justiciables et des acteurs du tribunal ainsi que des données statistiques recueillies tout au long des observations. Les résultats et les propositions théoriques de la thèse seront enrichis par l'intégration de ces deux types de données.

Parce que les tribunaux de santé mentale sont relativement nouveaux dans le paysage judiciaire, il importait de décrire précisément le tribunal dans lequel le terrain a eu lieu. En documentant ce milieu, on réalise rapidement que le processus judiciaire est complexe. En effet, les trajectoires des personnes interpelées par le tribunal sont plurielles et façonnées par une multitude de facteurs qui influenceront tout le processus, de la première comparution jusqu'à la décision du juge concernant leur culpabilité et la nécessité d'une sanction pénale.

En écho au survol de la littérature présenté au chapitre 4, nous pouvons dégager certaines interrogations face au tribunal étudié, soit le Programme d'accompagnement justice – santé mentale : La personne accusée comprend-elle et surtout consent-elle vraiment à voir son dossier transféré vers ce tribunal ? Ce programme permet-il de diminuer la récidive criminelle ? Qui sont les personnes interpelées par ce tribunal ? Comment sont-elles perçues ? Comment est gérée la notion de risque à travers ce programme ? Puisque la littérature était plutôt incertaine sur ce dernier point, il sera intéressant d'analyser ce qui émerge des données quantitatives et qualitatives.

VOLET IV

NOUVELLE LOGIQUE HYBRIDE D'INTERVENTION SOCIOJUDICIAIRE

Introduction

Il est 13 h. J'arrive à la cour municipale de Montréal : bâtiment imposant qui m'accueille sous une rangée de colonnes massives. Situé juste devant l'Hôtel de Ville, dans le quartier du Vieux-Port de Montréal, touristes, gens d'affaires et quelques résidents circulent devant sa façade de pierres beiges. Après avoir traversé les lourdes portes de l'édifice, je marche vers les salles d'audience situées au rez-de-chaussée. Je croise une file de personnes qui attendent pour payer des amendes, des contraventions. C'est connu : la cour municipale gère principalement des contraventions, pas de grosses affaires.

La salle R-10, réservée au Programme justice – santé mentale (PAJ-SM), soit le tribunal de santé mentale de Montréal, est la première salle à droite en bas des marches. Un agent de sécurité se tient devant la porte : la salle n'est pas encore ouverte, on ne peut pas y entrer. À côté de la porte est affiché le « rôle » de la journée, sorte de liste des audiences prévues. Déjà, cette feuille est précieuse : une fois qu'on parvient à la décoder, on peut y retrouver une foule d'informations sur les personnes accusées : leur genre, les accusations portées contre elles, leur date de naissance et le stade de leur dossier. Si certaines personnes semblent désorientées à leur arrivée, d'autres se dirigent

directement vers cette feuille afin de s'assurer de leur présence sur le rôle : certaines personnes semblent mieux connaitre les lieux que d'autres.

Une chose est frappante à la cour municipale : il est normalement facile de distinguer les personnes accusées des professionnels qui y travaillent. Ce n'est pas seulement par la toge que l'on reconnait ces derniers — d'ailleurs, ici, elle n'est pas obligatoire —, mais aussi par la démarche (sure, confiante et droite) et l'habillement (foncé, en complet ou en robe, talons hauts pour la plupart des femmes).

À 14 h, je peux entrer dans la salle. Le juge n'est pas encore arrivé, les avocats de la défense et de la Couronne y sont et attendent. La sonnette se fait entendre, le juge entre et se dirige vers son banc. Je dois me lever, comme l'ensemble des personnes présentes : le décorum l'exige. Parfois l'audience a droit à un sourire, à un bonjour de la part du juge; parfois c'est un mur de glace. La procureure salue le juge et résume le plan de la journée : « Pour aujourd'hui, nous avons 5 personnes détenues, 6 personnes en suivi, dont 3 qui ont déjà rencontré les agentes de liaison ». Et les audiences débutent.

On appelle le premier détenu. Un homme entre, accompagné d'un policier. Pendant que l'avocate de la Couronne donne une série de numéros de dossier à la greffière, l'avocat de la défense et la personne accusée discutent entre eux. L'avocate de la Couronne est la première à prendre la parole : « Bonjour Monsieur le juge. Pour le premier dossier, Monsieur a un bris, soit d'avoir consommé de l'alcool ». Le juge demande des informations complémentaires. L'avocate de la Couronne fouille parmi ses nombreux papiers. Elle répond : « Il s'agit d'un appel d'un homme, ce dernier avait le poignet coupé et il était accompagné de Monsieur [l'accusé] ». Elle enchaine rapidement sans s'étaler sur les évènements. « Pour le deuxième chef, on retire. Pour

le deuxième dossier, il s'agit d'un bris d'avoir consommé de l'alcool. Les policiers patrouillaient et ont vu Monsieur. Le troisième dossier, je demande qu'on retire les chefs d'accusation ». Monsieur a plusieurs antécédents judiciaires à son dossier. L'avocate de la Couronne mentionne au juge que « pour le problème d'alcool, Monsieur a un suivi à Douglas en santé mentale et que son diagnostic [psychiatrique] n'est pas très précis ». Elle continue en disant que « l'équipe veut diminuer sa consommation d'alcool par étape. Donc, compte tenu que l'équipe est là, on propose 10 jours de détention par accusation accompagné d'une probation d'un an ».

La probation impliquera une série de conditions que Monsieur devra respecter scrupuleusement. Ces conditions sont importantes dans la trajectoire d'une personne accusée puisque leur non-respect entrainera de nouvelles accusations. Déjà, par le type de conditions émis, on peut saisir une foule d'informations sur ce qui est attendu du tribunal et surtout sur quoi ce dernier est construit.

L'avocate de la Couronne énonce les conditions de probation : « Tout d'abord, Monsieur, vous allez devoir demeurer au… Monsieur, quelle est votre adresse ? » Ce dernier a de la difficulté à répondre, il est confus. Son intervenant, qui est présent dans la salle, se lève et donne une adresse. L'avocate continue : « Vous allez devoir aviser la cour si vous déménagez, poursuivre le suivi avec votre équipe traitante, suivre les recommandations de votre équipe traitante, prendre la médication tel que prescrit et enfin vous allez devoir diminuer votre consommation d'alcool et ne pas vous trouver ivre sur la voie publique. » Le juge arrête l'avocate et lui demande : « Vous voulez vraiment que j'indique ça ? Parce que c'est déjà une infraction en soi. » C'est l'avocat de la défense qui répond au juge : « Dire alors de ne pas aller sur la place publique s'il a consommé de l'alcool. » L'avocate de la Couronne souligne qu'« en fait, c'est qu'on tente de travailler l'alcool ici ».

L'extrait ci-dessus témoigne concrètement du fonctionnement d'un tribunal de santé mentale et du rôle des différents acteurs judiciaires. Ce troisième volet de la thèse sera l'occasion de présenter les résultats des analyses découlant des observations réalisées au tribunal. Le premier chapitre de ce volet se focalisera uniquement sur les analyses quantitatives. Qui sont les personnes accusées ? De quoi sont-elles accusées ? Ce type de questions sera le fil conducteur du chapitre afin de documenter, d'une manière quantitative, la dangerosité ordinaire. Le second chapitre mettra l'accent sur l'aspect qualitatif des analyses. Certains extraits du discours des acteurs judiciaires y seront présentés afin de répondre à la question plus vaste : « Qu'est-ce que la justice thérapeutique dans un tribunal de santé mentale ? » Le troisième chapitre des résultats dressera le portrait de deux profils types qui ont émergé des analyses : la personne délinquante et la personne souffrante. Ces profils tendent à mettre en opposition différents discours et suscitent des pratiques orientées soit vers la punition, soit vers le soin. Enfin, le dernier chapitre présentera une discussion sur l'ensemble des analyses afin de construire un modèle de la justice thérapeutique ; il constituera un moment fort de la thèse puisqu'y sera théorisée la sociologie de la justice thérapeutique.

CHAPITRE VII

LA DANGEROSITÉ ORDINAIRE

7.1 Introduction

Ce chapitre présente les résultats[53] obtenus à la suite de l'analyse des données quantitatives. Il n'y sera pas question de l'ensemble des analyses réalisées avec le logiciel SPSS, mais seulement de celles pertinentes aux objectifs de recherche. Les données quantitatives sont organisées sous deux différents axes. Le premier dresse le profil global des personnes accusées au tribunal de santé mentale à partir d'éléments tels le genre, l'âge et la représentation par un avocat. Le deuxième axe nous permettra quant à lui d'aborder des questions plus pernicieuses concernant le cheminement judiciaire des personnes aux prises avec un problème de santé mentale : quelles sont les raisons des audiences, les accusations portées, les conditions émises par le tribunal, les sentences que reçoivent les personnes accusées, etc.

---

[53] Ce chapitre et les suivants contiennent un nombre important d'extraits d'audiences. Certains choix ont été effectués en ce qui a trait à la féminisation. Puisque les agentes de liaison et les avocates de la Couronne étaient majoritairement des femmes, ces termes ont été féminisés alors que ceux désignant les avocats de la défense et les juges ont été, suivant le même principe, gardés au masculin

Les données quantitatives contextualisent le cheminement des personnes et permettent de mieux documenter les grandes tendances qui se dessinent dans les pratiques et les discours des acteurs du tribunal de santé mentale. Précisons que les analyses statistiques produites dans ce chapitre représentent les audiences observées lors de la collecte des données. De ce fait, chaque audience a été codifée indépendamment de la personne accusée.

7.2 Le profil des personnes accusées dans un tribunal de santé mentale

Les données révèlent qu'au moment des observations, la grande majorité des personnes accusées était des hommes, soit 506 (83,5 %) contre 98 femmes (16,2 %). Il n'a pas été possible de connaitre le genre de la personne accusée pour deux des audiences ; cela pourrait s'expliquer par le fait que son prénom n'est pas rattachable à un genre précis et que, pour des raisons de sécurité, la personne n'est pas amenée devant le juge.

Ces données corroborent les données de la littérature indiquant que les hommes sont souvent surreprésentés dans les tribunaux de santé mentale (Steadman et Redlick, 2006). Ce constat sur le genre soulève des questionnements légitimes : Qu'est-ce que cela révèle sur la judiciarisation selon le genre ? Pour un même délit, les femmes se voient-elles les mêmes accusations que les hommes ? L'image de l'individu dangereux, du fou, est-elle davantage associée à l'homme ? La dangerosité, telle que perçue par les acteurs judiciaires et parajudiciaires, est-elle une affaire d'hommes ?

Pour ce qui est de la date de naissance des personnes accusées, elle a pu être colligée seulement si elle était inscrite sur le tableau du rôle à l'entrée de la salle. Dans la grande majorité des cas, si une personne accusée est détenue, les avocats ne révèlent pas son âge. Pour 274 audiences, l'année moyenne de naissance des personnes est en 1969. La médiane, qui tend à représenter avec beaucoup plus de justesse l'échantillon, se situe plutôt en 1978. La valeur la plus représentée dans l'échantillon, c'est-à-dire le mode, est 1982. Les années de naissance des personnes couvrent une grande période, soit de 1923 à 1997.

Au sortir de l'analyse de ces variables, on observe que les personnes participant au PAJ-SM sont pour la plupart des hommes dans la mi-trentaine. Si les critères d'admissibilité au programme sont plutôt flous, il semble toutefois se dessiner une constante dans les profils des personnes. Déjà on peut se questionner sur la manière dont les personnes accusées sont ciblées pour le tribunal de santé mentale.

Selon un autre aspect étudié, presque la totalité des personnes accusées était représentée par un avocat au moment de l'audience. En effet, pour les 606 audiences analysées, 587 étaient représentées (96,9 %) contre 19 qui ne l'étaient pas (3,1 %).

Le tableau ci-dessous est particulièrement intéressant puisqu'il informe sur la présence des personnes accusées au moment de l'audience. Pour cette enquête, la présence d'une personne accusée se définit par le fait de se trouver dans la salle de cour au moment de l'audience. Par conséquent, une personne détenue qui, pour différentes raisons, n'était pas amenée devant le juge pour son audience était considérée comme non présente.

Tableau 7.1 : Présence de la personne au moment de l'audience devant le juge

Présence de la personne au moment de l'audience		
	Nombre	**%**
Oui	475	78,4
Non	131	21,6
Total	**606**	**100**

À la lecture du tableau ci-dessus, on observe que pour plus de 20 % des audiences la personne accusée n'était pas présente. Si un avocat ne peut expliquer l'absence de son client, différentes mesures peuvent être enclenchées : le tribunal peut décider de donner une « chance » à la personne accusée s'il s'agissait de son premier manquement ou encore si elle ne « présente pas un risque trop grand » ; le juge peut aussi lancer un mandat d'arrestation contre la personne s'il le juge approprié.

Le prochain tableau permet de préciser la question de la représentation par un avocat en croisant cette donnée avec la présence de la personne au moment de l'audience. Il émerge de l'analyse de ce tableau que, dans la grande majorité des cas, la personne accusée est présente et représentée par un avocat. Pour un très faible pourcentage d'audiences, soit à peine 2 %, ni l'accusée ni l'avocat n'était présent.

Tableau 7.2 : Présence de la personne au moment de l'audience selon qu'elle soit représentée ou non par un avocat

Présence de la personne accusée au moment de l'audience

		Oui		Non	
		Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
Représentation par avocat	**Oui**	459	96,6	128	97,7
	Non	16	3,3	3	2,3
Total		**475**	**100**	**131**	**100**

De manière plus spécifique, les données ont révélé que les personnes étaient représentées par un avocat de l'aide juridique dans 52 % des audiences. En plus d'avoir ou d'être réputé d'avoir des problèmes de santé mentale, cette donnée révèle que les personnes accusées sont dans une situation socioéconomique précaire.

7.3 Le cheminement de la personne accusée dans le tribunal

7.3.1 Les raisons des audiences au tribunal de santé mentale

Tour à tour, les personnes intimées doivent se présenter devant le juge. Bien que ces audiences soient souvent de courte durée, les raisons de leur tenue sont plurielles. Au total, dix motifs ont été répertoriés :

- Enquête sur remise en liberté provisoire : Ce type d'audience vise à déterminer si la personne accusée devra demeurer sous détention jusqu'à la fin de son procès. Les avocats de la défense et de la Couronne doivent débattre de la question. L'avocat de la défense doit convaincre le juge que : 1) la personne accusée est digne de confiance et qu'elle se représentera aux prochaines audiences ; 2) qu'elle ne représente pas un danger pour la sécurité publique. Un autre élément qui vient souvent influencer le verdit d'une enquête sur remise en liberté provisoire (souvent appelée « enquête caution ») est la possession d'une adresse valide, comme nous le verrons au chapitre suivant.
- Suivi PAJ-SM : Il s'agit ici des audiences auxquelles la personne doit se présenter pour un suivi avec les agentes de liaison du programme. Avant l'audience, la personne accusée doit rencontrer son agente de liaison pour discuter du déroulement de l'audience, de son suivi médical, thérapeutique ou social ou encore de différents changements survenus dans sa vie et qui pourraient affecter sa trajectoire judiciaire (liés à l'emploi, à un traitement, etc.).
- Évaluation de l'aptitude à subir son procès : Suivant l'évaluation réalisée par un médecin, le juge doit conclure si la personne est apte à subir son procès. Si le juge prononce un verdict d'inaptitude, la personne accusée devra revenir devant le juge une fois qu'elle sera jugée apte à subir son procès.
- Évaluation de la responsabilité criminelle : L'audience porte ici sur la responsabilité criminelle de la personne accusée. En effet, l'avocat de la défense peut demander une évaluation de la responsabilité criminelle s'il doute que son client, au moment des faits, ait été en mesure de comprendre que son comportement était fautif. Bien que dans la grande la majorité des cas les personnes soumises à cette évaluation étaient détenues, ces démarches pouvaient être faites pour des personnes en liberté.

- Évaluation de l'aptitude à subir son procès et de la responsabilité criminelle : Lors d'une même audience, lorsque l'avocat de la défense le suggère, le juge peut exiger une évaluation de l'aptitude à subir son procès et de la responsabilité criminelle de la personne accusée.
- Verdict : Cette audience est le moment où le juge décide de la sentence pour la personne accusée en tenant compte ou non des propositions des avocats de la défense et de la Couronne.
- Demande de prolongation des délais : Les évaluations concernant la responsabilité criminelle d'une personne accusée sont parfois longues à réaliser. Il arrive souvent qu'une demande de prolongation des délais soit demandée afin de terminer l'évaluation et de rédiger un rapport.
- Remise de l'enquête de mise en liberté provisoire : Lors de ces audiences, les avocats décident de remettre l'enquête caution de quelques jours. On peut penser par exemple que l'avocat de la défense désire faire entendre des témoins au juge ou encore qu'il tente de trouver une adresse valide à son client.
- Mandat d'arrestation : La personne accusée n'est pas présente au moment de l'audience. L'avocat de la Couronne demande au juge de lancer un mandat d'arrestation.
- Comparution détenue et mise en liberté : La personne est détenue et il n'y a pas d'objection de l'avocat de la Couronne à qu'elle soit libérée. Le juge accepte la requête.

La raison la plus fréquente de la tenue d'une audience est le suivi au programme, qui implique 37,3 % des séances. Les évaluations de l'aptitude à subir son procès, de la responsabilité criminelle ou des deux à la fois représentent environ 17 % des audiences. Depuis la création du tribunal de santé mentale, l'ensemble des requêtes pour de telles

évaluations est réalisé durant les audiences du PAJ-SM. Après sa comparution, la personne accusée sera soit retournée au tribunal régulier, soit intégrée au tribunal de santé mentale.

Le tableau suivant indique notamment que sur l'ensemble des audiences observées, 15 % avaient pour but le prononcé de la sentence.

Tableau 7.3 : Raisons de la comparution de la personne accusée

Raisons de la comparution		
	Nombre	**%**
Enquête sur remise en liberté provisoire	29	4,8
Suivi PAJ-SM	226	37,3
Évaluation de l'aptitude à subir son procès	38	6,3
Évaluation de la responsabilité criminelle	65	10,7
Conclusion des dossiers	91	15,0
Demande de prolongation des délais des évaluations (aptitude et responsabilité)	9	1,5
Remise de l'enquête sur remise en liberté provisoire	47	7,8
Mandat d'arrestation	31	5,1
Comparution détenue et remise en liberté provisoire	61	10,1
Responsabilité criminelle et aptitude à subir son procès	2	0,3
Non disponible	7	1,2
Total	**606**	**100,0**

7.3.2 La détention au moment de la comparution

Le prochain tableau indique si la personne est détenue au moment de l'audience. Les données démontrent une tendance forte : dans près de 42 % des audiences, la personne est détenue au moment où elle doit se présenter devant un juge. Qu'est-ce qui peut expliquer cet important taux de détention ? Dans les faits, si la personne se trouve détenue au moment de sa comparution, c'est que la procureure de la Couronne s'est objectée à sa remise en liberté, que l'enquête caution a été rejetée par le juge ou encore que les policiers ont décidé, au moment de l'arrestation, de garder la personne détenue avant sa première comparution devant le juge.

Quoi qu'il en soit, ces données semblent traduire la perception de la dangerosité des personnes accusées au tribunal de santé mentale.

Tableau 7.4 : Proportion de personnes accusées détenues au moment de la comparution

Détention	Nombre	%
Oui	253	41,7
Non	353	58,3
Total	**606**	**100**

7.3.3 Les agentes de liaison dans la trajectoire judiciaire

Le tableau suivant compile des informations liées au travail des agentes de liaison. On rappelle que l'un des éléments distinctifs du tribunal de santé mentale est l'intégration d'intervenantes sociales dans l'équipe. Ces dernières doivent rencontrer les personnes accusées afin de discuter du processus judiciaire, des suivis avec l'équipe traitante, de ses activités, de ses projets en dehors du tribunal et des évènements de sa vie qui peuvent venir influencer sa trajectoire judiciaire (nouvel emploi, changement de médication, déménagement, etc.). Les justiciables signent aussi une feuille les autorisant à communiquer avec leur équipe traitante (infirmière, travailleuse sociale, psychiatre, intervenante communautaire, etc.). Les agentes de liaison sont donc véritablement celles qui détiennent les informations spécifiques sur les personnes accusées. À ce sujet, les deux prochains chapitres documenteront les récits et informations révélées par les agentes de liaison au moment des audiences.

Les données indiquent en quelles circonstances les agentes de liaison rencontrent les personnes intimées.

Tableau 7.5 : Rencontre avec une agente de liaison selon le type d'audience

Type d'audience	Rencontre avec une agente de liaison	Nombre d'audiences de ce type	Proportion d'audiences pour les types d'audience (en %)
Enquête sur remise en liberté provisoire	2	29	6,89
Suivi au tribunal	96	226	41,92
Évaluation de l'aptitude	0	38	0
Évaluation de la responsabilité	5	65	7,69
Évaluation de la l'aptitude et de la responsabilité	0	2	0
Conclusion aux dossiers	45	91	49,45
Demande de prolongation des délais d'évaluation (aptitude et responsabilité)	0	9	0
Remise de l'enquête sur remise en liberté provisoire	0	47	0
Mandat d'arrestation	0	31	0
Comparution détenue et remise en liberté provisoire	1	61	1,64
Non disponible	0	7	0

À la lecture de ce tableau, on comprend que les agentes de liaison ne rencontrent généralement pas les personnes qui sont détenues. En effet, sauf pour de rares exceptions, les personnes accusées dont le dossier est au stade de l'enquête caution (avec ou sans libération) ou de l'évaluation de l'aptitude à subir le procès ou de la

responsabilité criminelle n'ont pas de contact avec les agentes de liaison : seuls les avocats de la défense ont la possibilité de discuter avec elles. On remarque aussi qu'à une seule occasion une agente de liaison a rencontré une personne qui a été libérée suivant les audiences.

Ainsi, selon les observations réalisées, il semble que le travail des agentes de liaison débute réellement une fois que la personne accepte de voir son dossier transféré au tribunal de santé mentale. D'ailleurs, c'est ce qui peut expliquer la donnée selon laquelle 96 des 226 audiences consacrées au suivi du programme ont impliqué une rencontre avec une agente de liaison. Il faut aussi comprendre que c'est lors de la première audience que l'agente de liaison fera signer à la personne accusée le formulaire de consentement qui lui permettra d'entrer en contact avec l'équipe traitante. Ce n'est donc véritablement qu'à la deuxième audience que les rencontres avec l'agente pourront débuter.

7.3.4 Les types d'accusations portés

Les types d'accusations sont particulièrement intéressants à étudier parce qu'ils documentent les situations qui mènent les personnes à devoir se présenter devant un juge. Rappelons que la cour municipale de Montréal gère principalement des dossiers d'accusations criminelles tels méfaits, vols et fraudes de moins de 5 000 $, voies de fait et délits liés à la conduite avec facultés affaiblies. Les accusations que l'on retrouve au tribunal de santé mentale ne sont pas différentes de celles énumérées ci-dessus. En effet, 14 % des audiences de l'échantillon se rapportaient à des accusations en lien avec des menaces, 12 % à des vols, 10 % au non-respect des conditions, 9 % au refus de de

soumettre à une ordonnance de probation et près de 12 % à des voies de fait (avec lésions ou menaces).

Tableau 7.6 : Nombre d'accusations portées au tribunal de santé mentale selon leur type

Types d'accusation	Nombre	%
Harcèlement	2	0,2
Fausse pièce d'identité	11	1,3
Action indécente	9	1,1
Vol de carte de crédit	1	0,1
Incendie criminel	1	0,1
Entrave au travail des policiers	29	3,5
Vol	99	12,1
Complot	3	0,4
Voies de fait sur un agent de la paix	31	3,8
Non-respect des conditions de libération	81	9,9
Conduite dangereuse	6	0,7
Méfait	47	5,7
Intimidation d'un acteur du système judiciaire	7	0,9
Refus de se soumettre à une ordonnance de probation	74	9,1
Agression armée/infliction de lésions corporelles	37	4,5
Port d'arme	2	0,2
Troubler la paix	10	1,2
Voies de fait avec lésions	74	9,0
Voies de fait avec arme ou menaces	21	2,6
Possession de bien criminellement obtenus	69	8,4
Obtention frauduleuse de logement, de nourriture ou de document	2	0,2
Menaces de mort	119	14,6
Autres accusations	83	10,1
Total	**818**	**100**

Ceci étant dit, il importe de faire des regroupements afin de dégager certaines tendances fortes concernant les accusations. Tout d'abord, le tableau ci-dessus nous informe sur un thème sensible dans le processus de judiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale, soit les relations avec le corps policier. Si l'on combine les accusations de voies de fait sur un agent de la paix (3,8 %) avec celles d'entrave au travail d'un policier (3,5 %), on arrive à un total de 7,3 % des audiences qui portent sur des accusations liées à la police.

Il est également question dans la littérature des effets pervers liés aux nombreuses conditions émises aux personnes accusées. Les données de cette thèse confirment cette situation. En effet, si on additionne les accusations liées au non-respect des conditions (9,9 %) à celles liées au refus de se soumettre à une ordonnance de probation (9,1 %), on parvient à un total de 19,0 %. Autrement dit, la personne doit se présenter de nouveau devant le juge parce qu'elle a brisé une ou plusieurs des conditions qui lui étaient imposées. En somme, le fonctionnement du tribunal mène à création de nouvelles accusations.

7.3.5 Conclusion des dossiers

En ce qui concerne les conclusions aux dossiers, 26,7 % des personnes accusées devront se soumettre à un suivi probatoire dans le cadre de ce qui est appelé à la cour un « 810 ». L'article 810 du Code criminel réfère à un engagement de garder la paix et d'avoir une conduite pour une durée déterminée. Cet engagement est généralement assorti de conditions ordonnées par le juge. En signant cet engagement, et bien qu'elle soit exempte de tout casier judiciaire, la personne accusée reconnait que la victime a

eu raison de craindre pour sa sécurité et s'engage à respecter les conditions imposées. En cas de non-respect de ces conditions, on parle de bris d'ordonnance et la personne devient alors passible d'arrestation et de nouvelles accusations. Élément à préciser : la durée d'un engagement en vertu de l'article 810 du Code criminel ne peut excéder un an.

La deuxième conclusion la plus fréquente est le retrait des accusations, c'est-à-dire que la poursuite décide de retirer les accusations émises contre la personne accusée. En effet, dans environ 16 % des cas, le juge a décidé d'accepter la suggestion de la Couronne et de retirer les accusations pesant contre la personne. Les raisons poussant la Couronne à abandonner les poursuites contre un individu seront abordées dans les chapitres suivants.

Tableau 7.7 : Conclusion aux dossiers

Types de sentence	Nombre	%
Détention	22	12,8
Dossier référé au TAQ	16	9,3
Détention CH (avec modalités de sortie)	11	6,4
NCRTM	18	10,5
Abandon de la poursuite	27	15,7
Suivi de probation selon l'article 810	46	26,7
Travaux communautaires	8	4,7
Amende	9	5,2
Absolution inconditionnelle	1	0,6
Absolution conditionnelle	6	3,5
Autre sentence	8	4,7
Total	**172**	**100**

Les verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux représentent 10,5 % de l'ensemble des sentences émises par le tribunal. Rappelons que ce verdict n'est pas exclusive aux tribunaux de santé mentale : elle peut aussi être émise par un tribunal canadien régulier.

Enfin, le tableau révèle un fort pourcentage de sanctions liées à la détention. En effet, près de 13 % de l'ensemble des sanctions exigent une période de détention. Cela est étonnant compte tenu l'objectif des tribunaux de santé mentale de diminuer la détention des personnes ayant un problème de santé mentale.

7.3.6 Les conditions émises par le tribunal

Une panoplie de conditions peuvent être imposées à la personne accusée à différents moments de son parcours judiciaire et par différents « fonctionnaires responsables », par exemple par un policier à la suite d'une arrestation ou par un juge lors de la détention ou encore de la remise en liberté. Des conditions peuvent aussi être imposées lors d'une entente avec la procureure de la poursuite à la suite d'une enquête sur mise en liberté provisoire, lors d'une ordonnance de probation, de la suspension d'une peine, etc.

Le prochain tableau énumère l'ensemble des conditions pouvant être émises par le juge.

Tableau 7.8 : Occurrence des conditions émises par le tribunal selon leur type

Conditions émises par le tribunal	Nombre	%
Garder la paix et avoir bonne conduite	135	14,0
Ne pas communiquer avec la personne plaignante	89	9,2
Respecter un rayon physique du lieu d'étude, de travail, de domicile, etc. de la victime	96	9,9
Respecter un rayon physique avec la victime	71	7,3
Ne pas consommer d'alcool ni de drogue	56	5,8
Ne pas posséder d'arme	53	5,5
Ne pas acheter d'alcool ni se retrouver dans un endroit où l'on en consomme	29	3,0
Prendre rendez-vous à l'hôpital ou au CLSC dès sa libération	23	2,4
Faire une thérapie sur la gestion de la colère	6	0,6
Consigner les démarches du suivi et apporter la preuve à la prochaine audience	20	2,1
Prendre rendez-vous avec équipe médicale dans un délai prescrit	32	3,3
Faire une thérapie en traitement de la toxicomanie	17	1,8
Prendre la médication comme prescrit	79	8,2
Suivre les recommandations de l'équipe traitante	86	8,9
Prendre rendez-vous avec un agent de probation	9	0,9
Demeurer dans un endroit précis selon un horaire déterminé	8	0,8
Demeurer dans un endroit approuvé par l'équipe traitante	25	2,6
Informer le tribunal en cas de déménagement	61	6,3
Être présent à chaque audience	32	3,3
Respecter un quadrilatère (rue, métro, etc.)	40	4,1
Total	**967**	**100**

De manière générale, l'imposition de conditions participe à la surveillance des individus en dehors des murs du tribunal. Pour ce faire, les conditions énoncées ciblent le risque mental (obligation de suivre les recommandations de l'équipe traitante, de prendre la médication comme prescrit, de se rendre à des rendez-vous avec des intervenantes sociales, de suivre une thérapie pour la dépendance aux drogues, etc.) ou le risque social (ne pas communiquer avec la personne plaignante ni se trouver à une certaine distance de son lieu de domicile ou de travail, garder la paix et avoir une bonne conduite, etc.). L'ensemble de ces conditions fournit des indices quant à l'importance pour les justiciables de se conformer à des comportements normés. Surtout, cela indique que le tribunal, en

Le prochain tableau est intéressant puisqu'il dévoile dans quelle proportion le tribunal émet des conditions au moment où la sentence est prononcée. Les données indiquent que lorsque la personne se trouvait devant le juge pour recevoir sa sentence, dans 45 % des audiences, des conditions lui seront apposées.

Tableau 7.9 : Nombre de sentences auxquelles des conditions ont été rattachées

Avec conditions	Nombre	%
Oui	78	45,61
Non	93	54,38
Total	**171**	**100**

Les modalités de mise en liberté doivent être « raisonnables ». À ce sujet, Sylvestre spécifie qu'une personne accusée doit être mise en liberté « sans condition, à moins que le ministère public n'établisse l'existence de motifs justifiant sa détention ou

l'imposition de conditions » (Sylvestre *et al.*, 2018, p. 23). Or, le tableau ci-dessus indique que l'imposition de conditions par le juge semble davantage être la règle que l'exception.

7.3.7 Les conditions émises en fonction des accusations

Le prochain tableau fait émerger une foule d'informations pertinentes sur les conditions émises en fonction des accusations portées contre les personnes interpelées par le tribunal de santé mentale étudié. Ceci étant dit, il est arrivé à quelques reprises que les conditions n'étaient pas répétées à la personne accusée lors de sa comparution, les avocats mentionnant seulement que cette dernière « connait bien les conditions qu'elle doit respecter ». Par conséquent, ce n'est pas l'ensemble des conditions qui a pu être répertorié. Il importe aussi de spécifier que le tableau présente les accusations les plus fréquentes : celles qui n'ajoutaient pas de valeur significative au tableau ont été mises de côté afin de ne pas brouiller les données et de faire perdre son sens au tableau. Cela explique la différence entre le nombre total de conditions trouvées dans le tableau sur l'occurrence des conditions émises selon leur type et les résultats de ce tableau-ci.

Il faut noter que l'indicateur « bris » dans le tableau combine les bris de conditions et les bris d'ordonnance de probation.

Tableau 7.10 : Conditions émises en fonction des accusations portées

Conditions	Entrave	Vol	Voies de fait (police)	Méfait	Intimidation d'un acteur judiciaire	Bris	Agression armée	Trouble la paix	Voies de fait avec lésions	Voies de fait avec arme	Menaces de mort	Total
Garder la paix et avoir une bonne conduite	2	22	4	12	2	40	14	2	14	4	26	142
Ne pas communiquer avec X	0	8	4	8	2	21	10	1	12	4	25	95
Respecter un rayon du lieu (étude, travail, etc.) de X	3	17	2	9	2	24	8	2	10	4	20	101
Respecter un rayon physique avec X	0	5	2	6	2	16	8	1	9	4	18	71
Ne pas consommer d'alcool ni de drogue	2	5	2	7	1	12	7	2	4	1	10	53
Ne pas posséder d'arme	1	3	1	0	0	16	3	2	6	2	13	47
Ne pas acheter d'alcool	1	2	0	1	0	7	4	2	1	1	4	23
RDV à l'hôpital dès libération	2	1	0	2	1	4	0	1	2	0	1	14
Thérapie en gestion de la colère	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Preuve des démarches	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	3	7
Date limite pour prendre RDV	0	2	1	3	1	5	1	1	1	1	4	20
Thérapie en toxicomanie	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0	2	7
Prendre la médication	2	12	3	7	1	19	9	2	7	4	12	78
Suivi avec l'équipe traitante	2	13	3	7	1	19	11	2	9	4	14	85
Prendre RDV avec un agent de probation	0	4	0	1	0	6	1	0	2	0	3	17
Couvre-feu	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	5
Demeurer dans un endroit approuvé	0	6	1	3	0	5	3	0	1	0	5	24
Informer d'un déménagement	0	5	1	2	2	12	3	1	4	4	11	45
Présence à chaque audience	1	2	0	0	0	6	3	1	2	2	6	23
Quadrilatère	0	4	1	2	0	12	4	1	4	2	7	37
Total	**16**	**112**	**25**	**75**	**15**	**229**	**92**	**21**	**88**	**37**	**186**	**896**

À première vue, les conditions que les personnes accusées sont les plus propices de recevoir sont : garder la paix et avoir une bonne conduite, ne pas communiquer avec la personne plaignante et respecter un rayon physique avec la personne tout comme de son lieu de travail ou autre.

Lorsqu'on analyse plus en profondeur le tableau, on remarque la fréquence de conditions liées au risque mental et découlant donc de la psychiatrie. En effet, pour la grande majorité des dossiers, on retrouve des conditions telles que « prendre la médication comme prescrit » et « suivre les recommandations de l'équipe traitante[54] », et ce, indépendamment du type d'accusation portée. On remarque aussi que l'interdiction de consommer de l'alcool ou de la drogue revient à plusieurs reprises dans le tableau, ce qui peut entrainer des situations de non-respect des conditions chez les personnes présentant des problèmes de consommation. Le tribunal va ici rechercher à imposer un comportement.

Les conditions liées au risque social sont aussi importantes lorsqu'il est question de vol, de méfait, de harcèlement ou de non-respect des conditions. Enfin, les accusations de bris sont celles pour lesquelles le tribunal va émettre le plus de conditions. Si le tribunal recherchait à imposer un comportement dans le risque mental, ici, il semble qu'on désire prohiber un comportement : ne pas se rendre sur tel lieu, ne pas communiquer avec telle personne, ne pas avoir d'arme, etc. De nouveau, cette superposition des

---

[54] Précision importante : l'équipe traitante n'est guère définie par le tribunal. Qui sont alors les professionnels pouvant attester du respect ou non de cette condition ?

conditions judiciaires semble participer directement au phénomène de la porte tournante chez les personnes accusées.

****

Le chapitre VII a dressé un portrait global des personnes qui se présentent devant le juge du PAJ-SM. Selon les analyses statistiques effectuées, les justiciables sont souvent des hommes et les personnes accusées sont représentées dans près de la moitié des audiences par un avocat de l'aide juridique. Les données ont aussi fait émerger le fait que, pour près de la moitié des cas observés, les justiciables étaient détenus au moment de leur comparution. Les tableaux portant sur la présence de la personne accusée au moment de l'audience, la représentation par un avocat, les accusations portées, les sentences prononcées et les conditions émises par le tribunal ont permis de documenter ce que l'on pourrait appeler « la dangerosité ordinaire ».

Le concept de dangerosité ordinaire semble en effet émerger de l'ensemble des audiences observées au tribunal de santé mentale. Elle est dite « ordinaire » puisqu'il s'agit de la dangerosité à laquelle les acteurs du tribunal se réfèrent et qui permet de statuer sur qui est « plus » ou « moins » dangereux. La dangerosité ordinaire est celle que l'on veut traiter, réguler et contrôler à travers un ensemble plus ou moins rigide de conditions.

Au sortir de l'analyse quantitative, certaines tangentes semblent déjà se dessiner. Il sera intéressant de les approfondir lors de l'analyse des récits sur le risque social et le risque mental. Rappelons que ces risques semblent liés, pour un grand nombre de sentences, à l'imposition de conditions souvent intrusives pour la personne accusée. Par exemple, cette dernière devra respecter un quadrilatère lors de ses déplacements, ce qui implique de modifier ses itinéraires ou même de cesser de fréquenter certains lieux.

En ce qui a trait spécifiquement au risque mental, on a observé la prégnance de la psychiatrie dans les conditions imposées par le juge et où il recherche à imposer un comportement : prendre rendez-vous avec une intervenante sociale ou son médecin, se rendre à l'urgence psychiatrique dès sa libération, prendre sa médication comme prescrit, etc. À travers les conditions émises, le tribunal donne ainsi beaucoup de pouvoir à l'équipe traitante : si la personne ne respecte pas les recommandations de l'équipe, de nouvelles accusations pourraient être portées contre elle. Or, l'équipe traitante n'est jamais définie au cours des procédures : Quels sont les professionnels qui la composent ? Réfère-t-on autant aux intervenantes institutionnelles qu'à celles œuvrant dans le milieu communautaire ? Une intervenante qui ne rencontre qu'une seule fois le justiciable est-elle considérée comme faisant partie de l'équipe traitante ?

De plus, il est apparu que l'interdiction de consommer de l'alcool ou des drogues était plutôt la règle en termes de comportement exigé, et ce, malgré le fait que certaines personnes semblaient avoir des problèmes de consommation importants. En imposant cette condition, on augmente donc les risques de non-respect des conditions de probation et, par conséquent, le dépôt de nouvelles accusations. On peut alors se demander si le fait d'émettre cette condition participe positivement à la trajectoire pénale du justiciable, d'autant plus que, comme il en sera question au chapitre suivant, certaines personnes démontrent de la réticence face à l'interdiction de consommer de l'alcool ou des drogues.

CHAPITRE VIII

AU CŒUR DE LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE

Nous ne sommes pas ici pour vous punir, mais pour vous donner des outils.

— Juge à la cour municipale de Montréal

8.1 Introduction

Les résultats présentés dans cette thèse sont issus des observations réalisées au tribunal de santé mentale de la cour municipale de Montréal. Comme mentionné dans le chapitre exposant le cadre méthodologique retenu, les notes consignant les observations ont été transcrites puis codifiées. À cette étape, la codification était de type « ouverte ». La codification axiale menée dans un deuxième temps a permis de regrouper un certain nombre de codes sous des thèmes communs. Au fur et à mesure de la codification, les catégories ont été peaufinées pour arriver, au final, à quatre grands thèmes. Ces thèmes font écho au discours des acteurs du tribunal, ce qui répond à un des objectifs de la thèse.

Comme il a été mentionné précédemment, le fonctionnement des tribunaux de santé mentale se distingue de celui des tribunaux réguliers : intégration d'intervenantes sociales dans l'équipe du tribunal, souplesse dans les procédures, travail de liaison avec le système de santé et de services sociaux et désir d'augmenter le bien-être des personnes à travers leur trajectoire pénale (Wexler, 1991). Selon Wexler, ces pratiques propres aux tribunaux spécialisés influencent concrètement l'expérience des personnes accusées d'un délit et ayant un problème de santé mentale.

La deuxième section de ce volet présentera trois des thèmes qui ont émergé des observations du tribunal de santé mentale et qui touchent plus largement à la justice thérapeutique. Le premier fait référence à la transformation de la figure déviante en une figure canonique. Ce thème renferme deux sous-thèmes : le devoir de se conformer et la volonté de s'en sortir. Le deuxième grand thème qui s'est dégagé du discours des acteurs judiciaires fait référence à l'idée d'« aider les personnes à s'aider ». Les analyses ont permis de circonscrire deux sous-thèmes : la confiance mitigée manifestée envers les personnes et la volonté de rendre justice. Le troisième thème discuté dans ce chapitre reflète le fort enracinement de la contrainte dans le fonctionnement du tribunal, notamment dans les conditions émises par le tribunal ou encore dans les attentes des différents acteurs. À cet effet, les données illustreront différents types de contraintes, parfois évidentes, parfois plus subtiles. La notion de « contrainte comme moyen d'échange » y sera aussi discutée. Un autre sous-thème qui a émergé de l'analyse expose de quelle manière la contrainte peut participer à la récidive ; nous le nommons « les menottes invisibles ».

Bien que l'histoire de chacune des personnes qui se sont présentées devant le tribunal était unique en elle-même, l'analyse du discours des acteurs et des justiciables a permis

de dégager des concepts forts ancrés dans ce qui est connu sous le nom de justice thérapeutique.

8.2 Transformation de la figure déviante en une figure canonique

8.2.1 Le devoir de se conformer

L'un des objectifs du tribunal de santé mentale est d'offrir à la personne accusée un traitement ou un suivi thérapeutique adapté par un meilleur arrimage avec les ressources en santé et en services sociaux. Rappelons qu'en acceptant de transférer son dossier au tribunal de santé mentale, la personne s'engage à rencontrer une agente de liaison qui discutera avec elle des différentes étapes du processus judiciaire, de son équipe médicale, des intervenantes sociales qu'elle rencontre et des projets qu'elle désire entreprendre. À différents moments, les acteurs judiciaires (avocat de la défense, juge, avocate de la Couronne) vont questionner la personne interpelée afin de déterminer les raisons et les causes des délits, qui elle est et surtout à quel degré elle se conforme. En somme, l'attention portée à la situation judiciaire de la personne accusée, mais aussi à sa situation médicale et sociale, montre que les différents intervenants du tribunal orientent leurs pratiques et leurs interventions de façon à élaborer un plan favorisant la conformité sur tous les plans. Les observations et analyses révèlent d'ailleurs que la personne intimée doit, à travers le récit qu'elle livre, démontrer qu'elle se « prend en main » et qu'elle est en voie de changer son mode de vie considéré comme déviant.

Cette validation de la conformité implique que les justiciables dévoilent différents aspects de leur vie sociale et intime. Ainsi, les amener à se raconter a pour effet de mettre l'accent sur les comportements des personnes accusées. Dans la pratique, les questions auxquelles doivent répondre les justiciables ciblent tantôt les différentes activités qu'elles réalisent dans leur vie quotidienne, tantôt leur cheminement thérapeutique ou médical, toujours dans l'optique de démontrer qu'elles se prennent en main et qu'elles se conforment.

L'extrait ci-dessous exploite justement cette tangente. L'audience débute avec l'enregistrement du plaidoyer de la personne accusée, qui est représentée par un avocat de l'aide juridique :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Vous admettez que X [nom de la plaignante] avait des raisons de croire qu'elle pouvait se sentir visée
>
> PERSONNE ACCUSÉE : [silence] Oui.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : C'est un dossier qui a bénéficié de plusieurs suivis.
>
> AGENTE DE LIAISON : J'ai rencontré Monsieur trois fois et au fil des rencontres il y a beaucoup de choses positives. Il est rayonnant, ça va mieux dans sa vie. Il trouve un équilibre. Il est triste de la situation, il ne voulait pas faire de mal. Il a un médecin de famille qu'il voit une fois par mois et des fois aux trois semaines. Il a aussi un infirmier qu'il voit une fois par mois. Il a aussi un suivi avec psychologue. Il est toujours disposé, il a fait des objectifs. Il est toujours ouvert aux conseils qu'on lui donne. Il fait partie d'Accès-Cible : c'est un programme d'employabilité en santé mentale. Il demeure au même endroit depuis 20 ans. C'est vraiment un évènement isolé. Il commence un suivi en communauté. Il arrive toujours avec ses documents, prend sa médication, travaille fort sur lui. Il a eu sa peine, il s'en veut. Bonne chance et bonne vie.

Lors de son intervention, l'agente de liaison décrit ce que l'on appelle une « conformité à trois niveaux », soit sur les plans social, mental et judiciaire. Cet extrait expose aussi les rôles et les nombreuses intervenantes sociales qui gravitent autour de la personne. Enfin, l'agente de liaison termine son propos en mentionnant que le processus judiciaire traduit la peine insinuant, du coup, qu'une sentence prononcée par le juge serait superflue compte tenu du parcours de l'accusé.

La suite de l'audience est plutôt intéressante puisque le juge ne pose qu'une seule question à la personne accusée — question qui, comme il sera exposé plus loin, n'est pas très propice à la prise de parole. D'ailleurs, les extraits présentés tendent à démontrer que les propos et la perception du justiciable ne sont que très peu entendus et remis en cause. L'agente de liaison ou encore la procureure de la Couronne sont souvent celles qui vont instruire le juge quant à la conformité ou non de la personne accusée. Est-ce parce que les acteurs du tribunal valorisent davantage la parole de leurs pairs que celle de la personne accusée ? Est-ce que le tribunal croit les propos de l'accusée ?

> JUGE : [à la personne accusée] Voulez-vous rajouter quelque chose ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Je suis désolé auprès de la jeune dame.
>
> J. : Je vous félicite et je suis convaincu que nous n'allons plus vous revoir [...]. Je ne suis pas inquiet, mais c'est un ordre à signer.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : La plaignante n'est pas présente, et donc pas de preuve à offrir
>
> J. : Donc quand vous allez signer le document, vous allez être déclaré non coupable.

Au final, l'homme devra respecter un ensemble de conditions, dont celle de respecter un rayon physique de 200 mètres avec la victime, son lieu de travail et son domicile, de garder la paix et d'avoir une bonne conduite.

Le prochain exemple fait référence à un homme accusé de voies de fait et de non-respect des conditions de sa probation. En début d'audience, l'avocat de la défense explique au juge qu'il doit appeler son client, qui attend à l'extérieur de la salle puisqu'il est trop anxieux. L'homme en question pénètre dans la salle d'audience et se place debout devant le juge. Sa nervosité est palpable. L'avocate de la Couronne est la première à prendre la parole :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Tout ce qu'on a est positif. Monsieur collabore, fait ses suivis, il y a aussi de la toxicomanie et il fait des tests et tout va bien. Nous avions une entente la dernière fois, donc compte tenu des belles informations qu'on a, la poursuite n'aura pas de preuve à offrir.
>
> JUGE : Très bien, on continue, vous êtes acquitté.

Comme on peut le voir, le juge rend rapidement un verdict d'acquittement. De nouveau, l'un des acteurs du tribunal, ici l'avocate de la Couronne, se porte garant de la situation de monsieur : ce dernier se conforme aux exigences de l'équipe médicale ainsi qu'au processus judiciaire. Cet exemple illustre précisément l'idée d'un « succès » : parce que monsieur a répondu adéquatement aux demandes du tribunal, il est complètement acquitté des accusations qui pesaient contre lui.

Le prochain exemple concerne un homme, représenté par l'aide juridique, qui est accusé de vol dans une épicerie. Selon ce que rapporte l'avocate de la Couronne, l'individu serait entré avec un autre homme et aurait volé pour 40 $ de boissons gazeuses. Les deux avocats s'entendent sur la proposition à faire pour la suite des procédures :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Le suivi avec l'agente de liaison va très bien. Monsieur a compris les conséquences s'il devait recommencer. Le suivi est très positif, il a démontré beaucoup d'ouverture et de compréhension.
>
> AGENTE DE LIAISON : Monsieur a un suivi au X [nomme l'institut] et est accompagné. On travaille à chaque semaine des scénarios imaginés pour qu'il intègre bien la situation.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Il est très honteux, avait peur d'être emprisonné [...]. On demande une absolution inconditionnelle.

Sans même que la personne accusée se soit exprimée, le juge va répondre par la positive aux demandes des parties en justifiant sa décision par les efforts démontrés.

> JUGE : Avec tous les efforts que vous avez faits, ça me fait plaisir de vous donner une absolution inconditionnelle.
>
> AGENTE DE LIAISON : On te fait confiance, c'est important, on ne veut plus te revoir ici.

Le prochain extrait est tiré d'une audience où un homme est accusé de menaces contre ses voisins. De nouveau, l'équipe du tribunal va miser sur les efforts de l'accusé pour construire son argument quant à la direction donnée au dossier.

> AVOCATE DE LA COURONNE : C'est quelqu'un qu'on suit depuis un bout, il a fait beaucoup d'efforts, va à ses suivis et en plus de vouloir retourner à l'emploi, voudrait mettre sur pied son entreprise.
>
> JUGE : [interrompt l'avocate] De quoi ?
> PERSONNE ACCUSÉE : De peinture, je suis maitre peintre.
>
> J. : Ah, bien c'est un beau projet. Bravo !
>
> A. C. : [reprenant la parole] On souhaite que Monsieur continue le suivi parce que c'est comme ça qu'on peut régler ça. J'ai parlé avec les plaignants et ils ne désirent pas de conditions particulières. Sur les 6 autres chefs, avec l'engagement qui va être signé, la poursuite n'aura pas de preuve à offrir.

Dans le même ordre d'idées, l'extrait ci-dessous illustre que l'accent est mis sur la conformité à tous les niveaux de la personne accusée. L'agente de liaison expose le contexte des accusations, les activités sociales du justiciable, ses motivations à continuer son suivi psychiatrique et surtout ses projets pour le futur :

> AGENTE DE LIAISON : Les infractions se sont produites le lendemain de son hospitalisation. Il va mieux aujourd'hui. Il a un suivi à X [nom de l'hôpital]. Monsieur a toujours offert une collaboration, a de beaux projets pour l'été : le chalet, la peinture, le sport, etc.

Le prochain extrait d'audience concerne une jeune femme qui fait face à trois accusations pour des vols. D'entrée de jeu, l'avocate de la Couronne mentionne que la femme en est à sa troisième rencontre de suivi avec l'équipe du tribunal et que d'autres suivis seront nécessaires afin de « s'assurer que ça va bien ». Cette opinion est partagée par l'agente de liaison, qui décrit ensuite au juge ce que la jeune femme compte réaliser dans les prochaines semaines et surtout de quelle manière « elle peut changer » :

> AGENTE DE LIAISON : Elle a complété le programme [EVE] de 10 sessions, elle a appris beaucoup d'outils. À la première rencontre, elle ne parlait pas beaucoup. Aujourd'hui, elle parle, elle s'ouvre. Elle fait son Ph. D [...]. C'est une fille très brillante. J'ai une preuve de McGill qu'elle y va à temps plein. Elle voit son travailleur social chaque 3 semaines, prend sa médication, elle a acheté une machine elliptique. Elle sait que si elle veut changer, elle peut changer. Je suis vraiment fière d'elle, de tout ce qu'elle a fait.
>
> JUGE : Oh ! Félicitations. Vous l'avez terminé [le programme EVE] !

Les analyses démontrent donc que l'injonction de se conformer fait appel à ce que les justiciables font pour s'en sortir. Le prochain sous-thème exploité sera celui de la volonté de s'en sortir, qui se rattache aux raisons poussant les personnes accusées à s'investir dans leur cheminement.

8.2.2 La volonté de s'en sortir

En verbalisant de quoi leur vie est faite et de quelle manière elles se conforment, les personnes participant au TSM mettent aussi l'accent sur l'idée de « vouloir s'en sortir ». L'individu conforme semble ainsi répondre à des référents classiques du néolibéralisme : être actif et se responsabiliser. Mais comment se traduisent-ils dans le quotidient du tribunal ?

On appelle un homme à venir devant le juge. Il est bien vêtu. Après avoir salué Monsieur, la procureure tient des propos qui font écho à ce que l'on entend par « vouloir s'en sortir » : elle verbalise de quelle manière l'homme s'est pris en main :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On va disposer de la meilleure façon. Il s'agit de violence intrafamiliale avec sa mère. Monsieur a fait une prise en charge totale dès les accusations. Monsieur a fait des démarches avec un psychiatre, qu'il a faites par lui-même. Démarches qui sont investies, honnêtes [...]. Les rapports sont très bons avec sa mère. C'est un jeune homme brillant et avec beaucoup de potentiel.

Référent bien ancré dans les politiques sociales contemporaines, la responsabilisation n'exclut pas ces nouveaux dispositifs que sont les tribunaux de santé mentale. En effet, l'expression « vouloir s'en sortir » fait appel à la responsabilisation des personnes intimées. Que font-elles pour « se prendre en main » ? Comment le font-elles ? Qui plus est, comme les procédures associées au tribunal de santé mentale privilégient une singularisation des dossiers, les acteurs judiciaires vont se forger des représentations des comportements attendus sous le prisme de l'individualité des personnes accusées.

Le prochain exemple fait référence à un cas de violence conjugale. Comme en témoignent les propos des acteurs, la volonté de s'en sortir semble ici traduire un autre référent présent dans les politiques sociales à connotation néolibérale : la proactivité des personnes. De fait, l'agente de liaison fait la démonstration, en évoquant une série d'activités, projets ou d'initiatives que monsieur a réalisé, qu'il désire véritablement s'en sortir.

> AGENTE DE LIAISON : L'évolution fut excessivement positive. Tout est à son honneur : a toujours fait des démarches, a pris l'initiative, s'est investi dans la thérapie. La médication est cessée. Monsieur a un travail, il a fait sa démarche pour aller en génie [...]. Moi je suis très fière de toi. Il a fait ses démarches, a un emploi, il a beaucoup de potentiel.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Depuis le début je ne veux plus revenir ici, c'est l'enfer la détention.

> A. L. : Ce qui m'a touchée, c'est qu'il m'a dit : « Je suis devenu un homme. » Il paie ses factures, a un emploi, prend ses responsabilités pour les années à venir.
>
> JUGE : Félicitations ! C'est encourageant de voir que les gens font quelque chose d'actif.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : La plaignante a vu aussi une amélioration, que la relation va mieux. Compte tenu de tous ces faits, de la progression de Monsieur et des propos de la plaignante, il n'est pas opportun de continuer la poursuite.

Dans le prochain extrait, au moment de l'audience, les avocats ne s'entendaient pas sur la suite à donner aux procédures. Parce que l'avocate de la Couronne désirait aller en procès, l'avocat de la défense a dû accomplir un important travail de négociation. D'ailleurs, ce dernier a demandé au juge la permission de s'entretenir quelques instants avec sa collègue en dehors de la salle. Au retour, l'avocate de la Couronne prend la parole et révèle des informations sur la situation mentale de la personne accusée et sur ce qui l'aurait poussée à commettre le délit dont elle est accusée :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Madame a un trouble anxieux. Madame, au moment des évènements, était connue des centres contre la violence. L'information que nous avons de notre équipe et de son intervenante, c'est qu'aucun évènement de violence n'a été rapporté. Madame verbalise aussi son incapacité de l'époque à aller chercher de l'aide. Madame prend beaucoup de médicaments, il y a eu beaucoup d'ajustements. On voulait donner des travaux communautaires, mais cela aurait été difficile. Donc, avec le cheminement de Madame, on propose une sentence suspendue et le respect des conditions.

Bien que bref, cet extrait de récit est riche en qui a trait aux attentes des acteurs judiciaires et à la manière de se conformer : avoir une capacité d'introspection, aller

chercher de l'aide et surtout prendre sa médication. Quoi qu'il en soi, malgré le ton plutôt chaleureux et positif des échanges, la dame aura une série de conditions à suivre : respecter un rayon physique du lieu de travail et de domicile de la plaignante, suivre les recommandations de son équipe soignante et prendre la médication comme prescrit.

Tout au long de l'audience, le juge écoute attentivement les propos de l'avocate de la Couronne et vient à son tour renforcer le suivi positif de la personne accusée :

> JUGE : À cause du suivi que vous avez fait, les recommandations sont raisonnables, donc je ne prononce pas de sentence aujourd'hui.

En plus de démontrer la volonté de s'en sortir de la personne accusée, cet extrait témoigne aussi du travail de négociation des acteurs judiciaires au cours des procédures et surtout du travail de défense réalisé par l'avocat de l'aide juridique. Ceci étant, la dame n'a pas pris le parole pendant l'audience : les échanges étaient entre les avocats et le juge seulement.

Le prochain exemple fait écho au sous-thème tout en bonifiant l'argument de la conformité. De fait, l'agente de liaison décrit un ensemble d'activités réalisées par le justiciable et de quelle manière il répond aux impératifs du système judiciaire. Le juge félicite la personne, mais cette dernière ne parlera pas.

> AGENTE DE LIAISON : J'ai rencontré monsieur à 14 h. Deux de ses sœurs sont ici. Monsieur est collaborant, ponctuel, il travaille bien. Il comprend bien ses conditions. Il fait du sport, du badminton, il va au cinéma. Il me dit ses conditions, il les comprend bien.

JUGE : [à la personne accusée] Je vous félicite.

De plus, le ton adopté par les différents acteurs est bienveillant et on remarque que le juge prend la peine de féliciter la personne pour l'ensemble de ses efforts. Avant de mettre fin à l'audience, le juge mentionne que la personne devra revenir à la cour dans cinq mois afin de s'assurer que « tout va bien ». Cette attache que souhaite garder le tribunal afin de voir de quelle manière évolue le justiciable a été constatée dans de nombreux dossiers. Or si le dossier au tribunal demeure actif, les conditions de probation demeurent aussi prégnantes plus longtemps, ce qui augmente considérablement les risques que la personne les brise.

Le prochain extrait concerne un jeune homme né en 1992 et ayant deux dossiers à son actif : l'un concernant des accusations de non-respect des conditions, l'autre d'avoir troublé la paix. Après une présentation positive de l'agente de liaison, l'accusé prend la parole afin de contextualiser sa situation particulière au moment des délits et surtout de qu'elle manière il s'est pris en main.

> AGENTE DE LIAISON : On va faire un beau témoignage. J'ai rencontré Monsieur à plusieurs reprises. Il a de belles qualités avec beaucoup de potentiel. J'ai regardé son bulletin de notes [...], il terminera en mai.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Moi, je suis un étudiant étranger. Depuis 2010, j'ai trouvé ce que je voulais. Au cours de mes études, j'ai consommé, j'ai fait une psychose toxique. J'ai été acquitté pour troubles mentaux et j'ai eu un diagnostic de trouble bipolaire [...)]. Là j'ai vraiment compris la leçon à X [nomme une ressource où il a été hospitalisé]. En septembre, j'ai pris la décision d'aller à Dollard-Cormier même si j'avais arrêté de consommer. Dollard-Cormier, je le prends comme un filet [...]. Je continue mes études, j'ai un travail, je fais un suivi avec mon Dr X [nomme le nom de son médecin] et je prends ma médication.

Plusieurs éléments sont à considérer dans cet extrait. En plus de démontrer une forte volonté de s'en sortir, le jeune homme formule exactement ce qui semble correspondre aux attentes des acteurs du tribunal en termes de conformité : il prend sa médication, travaille et poursuit ses études. Le travail d'observation longitudinal a permis de revoir l'accusé quatre mois plus tard pour la suite des procédures. Au moment de cette audience, les avocats étaient prêts à clore le dossier. De fait, l'avocate de la Couronne prend la parole et explique au juge pourquoi elle demande le retrait des accusations. Ce qui est intéressant, ici, c'est la perception de la personne accusée qui est manifestée par la Couronne. Les propos de l'avocate rejoignent ainsi la conception multidimensionnelle de la conformité basée sur des aprioris néolibéraux : l'importance de prendre sa médication, de se responsabiliser et d'être actif dans ses démarches.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Ce sont de vieilles accusations. Monsieur a eu plusieurs *up and down*. Monsieur a été hospitalisé deux mois. Depuis ça, il a repris du mieux, prend sa médication, va à ses rendez-vous et est en résidence. Il veut retourner à l'école, avait un emploi, mais avec la médication, c'était compliqué, donc pour tous ses efforts on demande le retrait des accusations.
>
> JUGE : Parce que vous voulez vous en sortir et avec tous les efforts que vous faites, j'accepte le retrait des accusations.

Le prochain extrait d'audience concerne un jeune homme ayant à son actif deux dossiers pour un total de six accusations d'entrave, de voies de fait sur un agent de la paix et de menaces. À la suite d'une bagarre au centre-ville, Monsieur « a persisté » avec les policiers, selon ce que mentionne l'avocate de la Couronne. Cette dernière souligne aussi que l'homme aurait poussé un agent et qu'il était intoxiqué. Dès que l'avocate eut fini de résumer la dénonciation policière, le juge a demandé si l'accusé

faisait partie du programme, ce à quoi l'avocate a répondu par l'affirmative. L'avocate de la Couronne poursuit avec le deuxième dossier : Monsieur se parlait seul et frappait dans un abribus. Les policiers sont intervenus. Monsieur est hospitalisé depuis ces évènements et en garderait peu de souvenirs. L'avocat de la défense prend à son tour la parole afin d'illustrer le parcours réalisé par son client :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Avant, on n'aurait jamais envoyé Monsieur dans le programme [PAJ-SM]. Or, aujourd'hui, il complète un DEC. En 2012, on l'a trouvé pratiquement nu, il était désorganisé. Monsieur a consulté beaucoup pour savoir ce qu'il avait, outre son problème d'alcool : psychiatres, psychologues, pour son problème d'anxiété [...]. Tout est à son honneur aujourd'hui. Je vous demande une absolution conditionnelle. Il a participé activement aux rendez-vous médicaux, il voulait savoir ce qu'il avait. Avant il était laissé à lui-même. L'homme que je vois devant vous j'en suis fier.

Les propos de l'avocat de la défense démontrent bien de quelle manière son client a changé depuis les évènements dont il est accusé et mettent l'accent sur toute la question de l'intégration et de l'arrimage aux services en santé et services sociaux.

Toujours dans le même ordre d'idées, l'extrait ci-dessous présente l'audience d'un homme au début de la trentaine qui est accusé de voies de fait. Monsieur est accompagné par son père et sa sœur. L'extrait choisi fait bien ressortir ce qui semble être une caractéristique des tribunaux de santé mentale : de nouveau on félicite la personne accusée parce qu'elle « se prend en main ». Il semble ainsi que les pratiques des acteurs judiciaires sont révélatrices de la perception des personnes accusées au sein du tribunal de santé mentale. Par exemple, l'avocate de la Couronne n'a ici que de bons mots pour la personne accusée qu'elle semble considérer non pas comme un criminel,

mais plutôt comme un individu ayant des troubles psychosociaux :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On tenait à dire que Monsieur a fait beaucoup de progrès. On tenait à le féliciter. On le suit depuis 2013, il est stable, assidu à ses rendez-vous, c'était difficile de se trouver un emploi [...], maintenant il travaille au Tim Hortons.
>
> [Le juge et la personne accusée discutent de son emploi.]
>
> A. C. : Monsieur préférerait de ne pas avoir à témoigner, il est trop humble, mais on tenait à dire qu'on est fier.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Monsieur vient de loin, on parle d'un trouble psychotique. Maintenant il travaille, il est responsable, il est sympathique, même s'il ne veut pas le dire, il faut le dire.
>
> JUGE : Oui ! C'est votre succès, vous méritez des bravos.

À la lecture de cet extrait, on peut être tenté d'oublier que ces échanges ont lieu dans une salle de cour et non dans le bureau d'intervenantes sociales. Ceci étant dit, malgré les félicitations, Monsieur reçoit une probation d'un an assortie d'un certain nombre de conditions : garder la paix et avoir une bonne conduite, ne pas communiquer avec la victime, respecter un rayon de 200 mètres du lieu de domicile et de travail de la victime, poursuivre son traitement avec son médecin, suivre les recommandations de son équipe traitante et, enfin, prendre la médication comme prescrit. L'ensemble de ces conditions devra être respecté à défaut de quoi de nouvelles accusations pourraient être portées.

On voit ainsi se dégager les principales attentes du tribunal de santé mentale, parfois sous la forme de conditions formelles telles que prendre ses médicaments, parfois de façon plus implicite par des normes qui sont valorisés : se responsabiliser, être actif dans son cheminement et être autonome. À cet effet, l'extrait suivant illustre justement

l'ensemble de ces injonctions tel qu'entendu par les acteurs du tribunal. D'ailleurs l'avocate de la Couronne insiste sur le fait que la personne « ait gardé quelque chose de son cheminement », traduisant cette préoccupation concrète de l'équipe du tribunal dans le bien-être des personnes, au-delà de la recherche de la culpabilité.

> AVOCATE DE LA COURONNE : C'est un long suivi, depuis 2014. On l'a vu souvent, les plaignants aussi. Ce sont ses parents. Il a habité à Sainte-Claire [ressource du programme de la cour], a complété son bac. Aujourd'hui, on va terminer son dossier. Monsieur a retenu un nombre de choses : de prendre sa médication et de garder espoir, ce sont ses mots. On est très heureux que Monsieur ait gardé quelque chose de son cheminement. Donc, on va demander de retirer les accusations.
>
> JUGE : Juste avant, avez-vous quelque chose à rajouter ? Tout ce processus vous a servi ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui, par exemple, j'ai plus d'autonomie, faut que je prenne mes responsabilités, surtout s'il y a des conséquences.
>
> J. : Et là vous avez des outils. Félicitations, c'est un bon processus !

La réponse de la personne accusée à la question du juge est plutôt frappante : elle résume bien ce que l'équipe du tribunal semble avoir comme visée. Tous les extraits convergent vers ceci : les personnes accusées doivent démontrer qu'elles sont responsables et actives, et ce, tant avec leur équipe traitante qu'avec l'équipe de la cour. Dans l'exemple ci-dessous, un jeune homme accusé de menaces illustre, avec l'aide de l'agente de liaison, de quelle manière il participe et répond aux exigences des différents acteurs institutionnels :

> PERSONNE ACCUSÉE : Je regrette ce qui s'est passé l'an passé et j'ai fait des efforts avec mon équipe.
>
> JUGE : Où ?

P. A. : À Albert-Prévost.

J. : Vous y allez depuis quand ?

P. A. : Depuis plusieurs années.

J. : Plusieurs !

L'avocate de la Couronne invite ensuite l'agente de liaison à venir dire quelques mots sur l'évolution de Monsieur depuis son entrée dans le programme. À travers son discours, on remarque que le travail d'arrimage et de communication entre l'équipe traitante et celle de la cour est incontournable :

AGENTE DE LIAISON : Monsieur est plus assidu avec ses injections, ce que me disent son psychiatre et son infirmier, avec qui j'ai parlé la semaine passée. Il va à un organisme de défense des droits et à un café-rencontre, pour ne pas avoir des écarts de conduite sur la consommation, parce que ç'a été problématique dans le passé. Peut-être qu'il va faire des choses avec Emploi-Québec. Monsieur n'utilise pas son plein potentiel.

JUGE : Et là vous habitez seul ?

PERSONNE ACCUSÉE : Oui.

AVOCATE DE LA COURONNE : Et il a fait les démarches seul. Comme je dis, il n'utilise pas son plein potentiel.

J. : Vous allez recommencer [par rapport aux démarches] ?

P. A. : Oui, j'avais commencé à X [nomme un organisme].

J. : Mais là vous allez recommencer quand ça va aller mieux ?

P. A. : Oui.

A. C. : La plaignante n'est pas intéressée à poursuivre, donc nous n'avons pas de preuve à offrir.

Au cours des observations réalisées au tribunal, il est arrivé que des personnes ayant une déficience intellectuelle soient accusées et amenées devant le juge. C'est le cas de ce jeune homme, au début de la trentaine, qui détient quatre dossiers pour un total de

six accusations concernant des méfaits, des menaces et le non-respect de conditions :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur est en suivi depuis quelque temps, les choses vont bien. Il reçoit beaucoup de carrés verts, parce que ça va bien. On a espacé les rencontres, et ç'a porté fruit.
>
> AGENTE DE LIAISON : Visuellement, vous pouvez voir les carrés verts [elle montre un calendrier au tribunal]. Il était très content de ses efforts. Il a des projets en cours, un stage. On le voyait plus [de façon plus] rapprochée, on lui a fait confiance et ç'a porté fruit. Il est très impliqué, il prend sa médication et connaît ses rendez-vous.
>
> A. C. : On refixe dans 2 mois, on le reverra une dernière fois, avant la fin de l'année, et si tout va bien on va terminer.

En plus d'illustrer la progression quotidienne de l'accusé à l'aide d'un calendrier indiquant les « bonnes » et les « moins bonnes » journées, les acteurs du tribunal mettent l'accent sur l'idée que si « tout va bien » », ils seront en mesure de fermer le dossier. Nous y reviendrons, mais la formule « si tout va bien » mérite ici d'être réfléchie et remise en question : Est-ce le rôle du tribunal de s'y intéresser ? Quels sont les indicateurs qui permettent d'évaluer qu'une personne va bien ou au contraire qu'elle vit des difficultés ? Dans quelle mesure le tribunal est habilité de mesure ces indicateurs ? À quel point est-il légitime pour le tribunal d'exiger qu'une personne accusée revienne devant le juge afin que cet aspect soit évalué ?

Dans le prochain et dernier extrait relatif à ce sous-thème, il est question d'un homme dans la quarantaine contre lequel trois accusations sont portées. L'avocate de la Couronne demande le retrait des accusations et invite l'agente de liaison à présenter au juge un topo de la situation où en plus de démontrer les nombreux appuis des

professionnels concernant son évolution positive, on insiste sur le fait que l'accusé ne détient pas d'intention criminel : il n'est pas un délinquant.

> AGENTE DE LIAISON : J'ai rencontré Monsieur à plusieurs reprises. Il est accompagné de sa sœur et de sa T. S. Il est suivi à LHL [Hôpital Louis-H.-Lafontaine]. Il participe à plusieurs activités : quatre fois par semaine, il joue au tennis, c'est un grand sportif. C'était vraiment l'intégration des conditions, parce qu'il n'y a pas d'intention [criminelle]. Il est bien entouré. J'ai confiance. [Il] fait moins de fugues, prend sa médication. J'ai une lettre du psychiatre et de la T. S. qui l'encouragent dans tout cela. Parce que vous avez fait beaucoup d'efforts pour respecter les conditions du programme, c'est vraiment encourageant de voir quelqu'un qui fait tout. Félicitations !

En somme, ce premier thème lié à la transformation de la personne déviante en une figure conforme a été illustré tout d'abord par le concept du « devoir de se conformer » et ensuite par celui de la « vouloir de s'en sortir ». Ces deux sous-thèmes ont aussi permis d'intégrer le concept de triple conformité selon lequel les justiciables doivent correspondre à des normes plurielles : sociales, médicales et judiciaires.

8.3 Aider les personnes à s'aider

Tout au long des observations, les procédures et pratiques des acteurs judiciaires ont pointé vers un nouvel objectif du tribunal qui dépasse la recherche de la culpabilité ou non d'une personne et d'un verdict juste. En ce sens, le deuxième thème qui a émergé des analyses est « aider les personnes à s'aider ». On définit ce thème par cette volonté humaniste des acteurs judiciaires à soutenir la personne dans sa « sortie » du tribunal,

et ce, par différents moyens. Comme il sera démontré par divers extraits de récits, ce thème illustre une nouvelle pratique chez les acteurs de la cour, et plus particulièrement chez les avocates de la Couronne.

Les sous-thèmes qui se sont dégagés de l'analyse sont « la confiance mitigée envers l'individu » et « la volonté de rendre justice ».

8.3.1 Une confiance mitigée envers l'individu

Ce premier sous-thème découlant du thème « aider les personnes à s'aider » fait référence à l'ambiguïté entourant la manifestation de la confiance au sein du tribunal de santé mentale. Cette section illustrera de quelle façon le concept peut devenir un couteau à double tranchant.

Le premier exemple présenté pour illustrer ce sous-thème est plutôt frappant. En effet, un homme âgé de 31 ans au moment de l'audience a deux dossiers comprenant un total de six accusations pour menaces, non-respect des conditions et harcèlement. L'avocate de la Couronne mentionne que Monsieur a été vu par un médecin et qu'il serait inapte :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur ne va pas très bien. Il serait inapte [à subir son procès] et il y a de fortes chances qu'on vous [en s'adressant au juge] demande une expertise.

L'avocat de l'aide juridique qui représente l'accusé affirme que ce dernier « reconnait ses accusations, c'est tout ». L'homme en question fait alors son entrée dans la salle : il se tient devant la cloison vitrée et parait désorienté. L'avocat de la défense regarde son client. Les mots qu'il utilise n'ont rien pour le rassurer en invoquant le fait qu'il pourrait être déporté dans son pays d'origine. De plus, le juge, parce qu'il se veut rassurant précise qu'il n'est pas là pour le punir, mais pour lui donner des outils.

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Monsieur, voici le juge, il est le boss. Vous n'êtes pas un Canadien ni un résident. Vous pouvez être retourné dans votre pays. Soyez prudent.
> AVOCATE DE LA COURONNE : Nous voulons vous aider afin de recevoir l'aide dont vous avez besoin.
> [La personne accusée pleure.]
> JUGE : Vous avez besoin de recevoir des traitements. Vous avez besoin d'outils. Nous ne sommes pas ici pour vous punir, mais pour vous donner des outils, des outils.
> [La personne accusée tente de dire quelques mots, mais le juge lui coupe la parole.]
> JUGE : Non, vous allez m'écouter. Vous avez besoin d'aide médicale [...]. Malgré le rapport, l'accusé est inapte pour subir son procès.

La personne est ainsi déclarée inapte alors que le juge ne lui a posé aucune question. Le juge ordonne son transfert le plus rapidement possible à l'Institut Philippe-Pinel et lui dit : « Vous allez rencontrer des médecins et vous allez être de retour dans cinq jours ». L'accusé désire toujours parler, mais son avocat lui dit : « Non, le boss a décidé ». L'homme dit qu'il veut savoir ce qu'il se passe. Le juge lui répond : « Vous allez rencontrer des médecins et vous allez être dans une meilleure situation pour votre propre sécurité. » En fin d'audience, la procureure lui rappelle l'importance de respecter ses conditions :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Vous comprenez bien, je vous rappelle vous avez signé une feuille qui permet à l'équipe de vérifier si vous respectez vos conditions. Respectez-les, on vous fait confiance. Soyez à la hauteur de cette confiance. On veut vous aider, maintenant c'est à vous.

Une telle situation où l'on dépose sa confiance entre les mains de la personne n'est pas rare. D'ailleurs, dans les extraits suivants, les acteurs insistent sur cette confiance.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Madame a une bonne ressource, on vous remercie d'être là. On sait que c'était pas facile. On encourage le suivi. On a confiance.
> PERSONNE ACCUSÉE : Je vous remercie de la confiance que vous me donnez.

Le prochain extrait exprime encore plus clairement cette confiance à double tranchant. Dès sa libération, la personne accusée doit se rendre à l'urgence d'un hôpital. L'équipe déclare sa confiance en la personne, mais mentionne du même souffle qu'elle fera le suivi avec l'hôpital pour s'assurer du respect de la condition :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Si vous n'y allez pas, on va émettre un mandat, on va appeler demain, pour savoir si vous vous êtes rendu.
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On a confiance. L'IUSMM, c'est Louis-H.-Lafontaine, comme on a parlé. Bonne chance !
> JUGE : Bonne chance !

Alors que la notion de confiance parait centrale dans la philosophie du tribunal, dans les faits elle semble surtout utilisée comme un paramètre permettant de vérifier que le justiciable respecte l'ensemble de ses conditions. Dans le même ordre d'idées, un

scénario semblable se reproduit quelques semaines plus tard : un homme atteint de déficience intellectuelle est accusé de vol. Il est représenté par un avocat de l'aide juridique qui communique des détails concernant le délit et soumet la proposition sur laquelle il s'est entendu avec la procureure de la Couronne :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : [L'accusé était] accompagné d'une autre personne et a dissimulé les bouteilles. Monsieur a beaucoup d'antécédents judiciaires. Compte tenu de la situation particulière du vol et que Monsieur est bien entouré, on suggère 60 heures de travaux communautaires.
> AVOCATE DE LA COURONNE : En combien de temps ?
> A. D. : Je dirais 6 mois dans le cadre d'une sentence suspendue, et Monsieur était enthousiaste de faire des travaux et de garder la paix et d'avoir une bonne conduite.
> JUGE : C'est vrai qu'il y a beaucoup d'antécédents judiciaires et de la détention. Compte tenu de vos efforts, des bonnes choses que l'agente de liaison a dit de votre situation, je vais suivre les suggestions. Sinon il faudrait faire de la détention. Donc c'est une alternative. [...] Avec une probation.

L'évocation de la possibilité d'une détention agit à titre de mise en garde et vient nuancer la confiance qui est manifestée par les acteurs judiciaires. L'exemple ci-dessous vient renforcer l'idée selon laquelle la notion de confiance est centrale dans le discours des acteurs judiciaires.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur a accepté de participer à « Vivre sans violence », on ne va pas le rajouter dans les conditions, parce qu'on a confiance qu'il va le faire et que ça va lui donner des outils pour lui dans sa vie.

L'avocate de la Couronne énumère ensuite d'importantes conditions à ajouter au dossier de la personne interpelée : garder une distance donnée avec la plaignante, ne pas prendre contact avec cette dernière, ni s'approcher du lieu de son travail et de son domicile. De plus, Monsieur doit se présenter dès sa sortie du tribunal à l'urgence d'un hôpital, suivre les recommandations du médecin et prendre sa médication comme prescrit. Par ailleurs, il intéressant de constater que la thérapie que monsieur accepte de débuter « Vivre sans violence » ne soit pas intégrée aux conditions. Le tribunal de santé mentale devrait favoriser ce type de démarches où les recommandations thérapeutiques, médicales ou sociales seraient plutôt perçues comme des objectifs que des conditions légales à respecter.

Le prochain extrait présente l'étonnante réaction d'un juge après la levée des accusations qui pesaient sur la personne accusée. Cette dernière, un homme au début de la vingtaine, comparait pour non-respect des conditions et trouble de la paix. Après quelques échanges sur les causes des accusations, le juge prend la parole :

> JUGE : Je pense que vous êtes bien parti, vous savez comment aller chercher de l'aide.
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
> J. : C'est pas facile non plus, bravo, ça mérite des félicitations.
> AVOCATE DE LA COURONNE : On a vraiment juste des félicitations à faire, compte tenu des circonstances, mais surtout de la progression de Monsieur. La poursuite ne pense pas qu'il est opportun de continuer, on est confiant que nous n'allons pas revoir Monsieur.
> J. : Mais c'est dommage dans un sens ! [Le juge avait un ton plutôt sympathique à ce moment]

Dans cet extrait, les propos de l'avocate de la Couronne, bonifiés de ceux du juge, démontrent bien cette idée de confiance qui est remise entre les mains de la personne accusée. Pour ce qui est de la dernière réplique du juge, bien qu'elle puisse surprendre au premier abord, elle reflète la posture particulière des acteurs de ce tribunal qui est en accord avec les principes mêmes de la justice thérapeutique : le tribunal de santé mentale vise, par la mise à la disposition des personnes accusées des suivis et ressources appropriés, à augmenter leur bien-être. Mais témoigne-t-elle de la confiance mitigée du juge envers le justiciable ?

Le prochain extrait fait référence à un homme qui se présente devant le juge avec trois dossiers pour un total de cinq accusations liées à des menaces, des méfaits et au non-respect des conditions. La personne est représentée par un avocat de l'aide juridique. D'entrée de jeu, l'avocate de la Couronne précise au juge qu'il s'agit d'un « beau succès ». Mais de quelle manière se traduit le succès ? L'agente de liaison va expliquer que l'accusé à réalisé une thérapie et qu'il participe à tous ses suivis.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Dans le dossier de Monsieur, on le suit depuis 2015. C'est un long suivi, mais couronné de succès ! On va terminer aujourd'hui, la plaignante a été rencontrée, il n'y a plus de contact, c'est un beau succès. [Elle invite l'agente de liaison à témoigner de la progression de la personne accusée.]
> AGENTE DE LIAISON : Je trouve important pour la fermeture du dossier : a fait une thérapie à l'Envolée. Déjà de prendre la décision de le faire, c'était gros. Il l'a fait pour lui. Il a des trucs, par exemple la relaxation. Il est suivi à Douglas avec sa T. S. et va à tous ses suivis. On a fait un bilan aujourd'hui : Monsieur a beaucoup de potentiel, peut-être faire du bénévolat dans un organisme d'horticulture. Son père est présent, ils reviennent d'un voyage de pêche.
> [Le juge profite de cette ouverture créée par l'agente de liaison pour discuter de pêche avec la personne accusée.]

> A. L. : [reprenant la parole] Donc, il est bien entouré, j'ai confiance en vous. La consommation n'est pas là, même si on la met dans les conditions.
> JUGE : Avez-vous quelque chose à rajouter ?
> PERSONNE ACCUSÉE : C'est toute une expérience.
> J. : C'était combien de temps ?
> P. A. : Six mois pour la thérapie.
> J. : Vous avez passé toutes les étapes !
> P. A. : Oui.
> J. : Bravo, c'est encore moins évident de rester sobre. Bravo !

Ce qui émerge ou plutôt ce qui est absent de cet extrait réside dans le fait qu'on n'aborde que très peu les accusations, sinon que par l'intermédiaire des conditions émises.

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Donc, Monsieur admet que X [la victime] avait des raisons de craindre pour sa sécurité ?
> P. A. : Oui.
> AVOCATE DE LA COURONNE : Donc Monsieur va devoir garder la paix et avoir une bonne conduite, ne pas communiquer avec X, respecter un rayon de 200 mètres de la maison, du lieu de travail, respecter un rayon physique de 200 mètres de X, ne pas consommer ni alcool ni drogue. Vous avez travaillé fort, on veut que ça reste comme ça.
> P. A. : Oui.
> J. : C'est important de les respecter. Vous êtes mieux qu'en prison.
> A. C. : Pour les deux autres chefs, on n'aura pas de preuve à offrir.

En somme, cet extrait présente de manière éclatante la combinaison entre la responsabilisation des personnes, l'individualisation des dossiers et l'appel humaniste visant à aider les personnes judiciarisées dans leur trajectoire tout en mettant un bémol sur la confiance manifestée par la mention, par exemple, des conséquences du non-respect des conditions.

8.3.2 Vouloir rendre justice

L'idée de rendre justice aux efforts déployés par les personnes accusées et ayant un problème de santé mentale a émergé de manière vive de l'analyse du discours des acteurs judiciaires. D'ailleurs, comme premier extrait, les propos de l'avocate de la Couronne résonnent concrètement avec cette idée. L'extrait ci-dessous présente le cas d'une dame accusée de vol et de voies de fait :

> AGENTE DE LIAISON : Pour décrire le cheminement, c'est un ancien dossier. Madame était pas présente. Quand elle a été interceptée, elle a été à l'hôpital. Ça se passe bien, elle est encore plus rayonnante. Elle s'organise mieux et aussi pour la médication, elle poursuit son suivi. Elle a amené des documents. Le souhait de Madame, c'est de ravoir ses enfants et on lui souhaite.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Cette journée-là, je n'étais pas moi-même et je m'excuse.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Considérant ce qui a été dit et les accusations, le plaignant n'a pas d'objection, donc nous n'avons pas de preuve à offrir. On rend justice dans le dossier avec tous les efforts que vous avez faits, la poursuite n'aura pas de preuve à offrir.

À différentes reprises, la poursuite a décidé de mettre de côté ou d'abandonner certaines accusations, voire l'ensemble des accusations, afin d'encourager, de faciliter ou de stimuler la participation de la personne :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Le suivi, ça se passe bien. Monsieur est assidu dans son cheminement. Il y a du cheminement à faire. Mais pour encourager Monsieur, pour les constats d'infraction on demande le retrait, s'il continue dans le même sens.

L'extrait suivant présente le cas d'une personne qui est suivie par le tribunal administratif depuis 2005 et fait face à un chef d'accusation d'évasion. Alors qu'on apprend que le justiciable est bien encadré et qu'il prend sa médication, la procureure demande de retirer les accusations, ce que le juge accepte de faire. Ainsi, le tribunal rend justice aux efforts consentis par les personnes, mais pas dans n'importe situation : lorsque la personne répond à cette idée forte de conformité, qui a été démontrée précédemment.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur est très bien encadré, il prend sa médication, a cessé la consommation. Pour tous ces motifs, on demande le retrait.
>
> JUGE : Basé sur votre comportement, le retrait est accordé.

La prochaine personne sur le rôle de la journée est une dame connue du programme. En effet, la procureure informe le juge que l'accusée en est à sa troisième rencontre avec l'équipe. Cette dernière ne détient qu'une seule accusation de menaces à son dossier. L'agente de liaison est invitée à témoigner de l'évolution de la dame sans que cette dernière soit appelée à s'exprimer.

> AGENTE DE LIAISON : C'est ma troisième rencontre et c'est ma meilleure rencontre avec Madame. Elle a complété une thérapie de 6 mois au domaine Oxford [en traitement de la dépendance]. Je suis ici devant vous pour vous féliciter. Elle ne consomme plus, habite à X [nomme une ressource communautaire], fait des activités et participe bien.
>
> JUGE : C'est des bonnes nouvelles.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Effectivement, on est très content

Dans cet extrait, les propos de l'avocate de la Couronne bousculent la conception du caractère punitif et offensif qui est généralement associée à son rôle et témoignent bien de l'attitude bienveillante, de cette idée d'« aider les personnes à s'aider » qui transcende les rôles dans le tribunal spécialisé.

La prochaine citation témoigne explicitement du caractère bienveillant de l'équipe du tribunal en santé mentale. L'homme qui se présente devant le juge a seulement un dossier où il est accusé de menaces. Les propos de l'avocate de la Couronne sont plutôt éloquents : elle verbalise à la personne accusée que l'équipe du tribunal veut lui venir en aide et non de le punir. Cette couleur de pratique exprime ce à quoi aspirent les tribunaux de santé mentale, c'est-à-dire d'aller au-delà de la culpabilité et de la sentence en ciblant précisément ce qui semble mener, aux yeux des acteurs, les personnes devant la justice : les problèmes de santé mentale.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur a rencontré l'agente de liaison, c'était une belle rencontre. Ce qui est important, c'est l'avenir ; vous avez travaillé beaucoup ça. Rappelez-vous qu'on est ici pour vous aider. Rappelez-vous de ça.

La prochaine situation illustre aussi la vision humaniste des acteurs du tribunal étudié. Elle concerne un homme ayant cinq nouveaux dossiers relatifs au non-respect de ses conditions. On apprend durant l'audience que Monsieur a déjà cinq dossiers à son actif. Il a un suivi médical, reçoit des injections sur une base régulière et possède une adresse.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Il fait ce qu'il doit faire, mais il était saoul au moment de l'arrestation. Monsieur a beaucoup de dossiers, mais

> ce sont seulement des bris. Il fait un cheminement dans le PAJ, il est détenu depuis 57 heures.
>
> AVOCATE DE LA DÉFENSE : Il vient de loin, il était dans la rue, on prend soin de lui. Il a une bonne équipe et il a sa propre adresse.
>
> A. C. : Dans le passé, il avait reçu 5 jours [de détention] pour ça [les accusations]. Mais là, parce qu'il était seulement saoul, qu'il n'a pas d'autres accusations...
>
> A. D. : Il va revenir rapidement, soit dans 3 semaines.

À ce moment, l'homme assure à la cour que, comme aujourd'hui, il ne sera pas en état d'ébriété à la prochaine audience. La procureure partage alors les inquiétudes de l'équipe quant à la sécurité et au bien-être de l'interpelé.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Nous sommes inquiets.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Quand vous êtes saoul, c'est vraiment dangereux pour votre santé. C'est aussi ce que l'agente de liaison vous a dit.

En fin d'audience, le juge prononce une sentence de détention, mais compte tenu du temps passé en garde préventive, la durée de détention est complétée et Monsieur est libéré. Il devra cependant suivre un nombre important de conditions : garder la paix et avoir une bonne conduite, continuer son suivi à l'hôpital, suivre les recommandations de son équipe traitante, prendre la médication comme prescrit, ne pas consommer d'alcool ni de drogues, ne pas transporter d'alcool ni de drogues et, enfin, ne pas avoir d'arme. On note que les conditions émises visent principalement le suivi par l'équipe traitante et la consommation d'alcool. Or, Monsieur semble justement avoir un problème de consommation d'alcool : il se fait souvent arrêter en état d'ébriété. Qui plus est, les accusations auxquelles il fait face touchent dans l'ensemble au non-respect de conditions. On peut ici s'interroger sur la pertinence d'émettre de telles conditions

si le risque est grand que la personne les brise.

Vouloir aider les personnes à s'aider fait émerger deux pratiques qui sont en tension : le soin et le contrôle. Ces pratiques ne sont pas nécessairement contradictoires. L'extrait présenté ci-dessous illustre ces pratiques issues de la volonté d'aider. L'avocate de la Couronne appelle un homme à se présenter devant le juge. L'homme, qui est accompagné d'une agente de liaison, est le premier à prendre la parole :

> PERSONNE ACCUSÉE : J'ai peur parce qu'on me parle d'antipsychotiques et ça me donne des effets secondaires.
>
> JUGE : Faut le dire dans ce temps-là, y'a pas juste une sorte de pilules. Les prenez-vous ?
>
> P. A. : Non, parce que j'ai des effets secondaires.
>
> J. : Quand ça fait pas, faut appeler le médecin, pour lui dire que ça fait pas.
>
> AGENTE DE LIAISON : Il est au PRISME, je voulais vous présenter d'autres choses. Vous avez une lettre qui dit qu'[il n'a] pas consommé, qu'il respecte ses conditions, qu'il veut être un bon citoyen et qu'il faut ouvrir avec le Dr X [nomme le médecin traitant]. Il est un bon médecin qui pourrait peut-être prescrire un autre de médicament. Je vais l'appeler. [à la personne accusée :] C'est important de le lui dire. Je veux vous féliciter, vous êtes présent, collaborant, on est fier de votre parcours et il faut continuer à respecter les recommandations [de votre médecin].
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Ce sont des démarches étonnantes qu'il faut féliciter [...]. On voit qu'on avance, qu'on progresse de manière remarquable.
>
> J. : Ça va nous faire plaisir de vous aider !
>
> P. A. : Je veux rester en santé [...]. J'ai beaucoup de respect pour vous [en s'adressant au juge].
>
> J. : Moi aussi, c'est pas facile [en référence à la santé de la personne].
> AVOCATE DE LA COURONNE : Je vous félicite. On va garder un œil dessus, donc on reporte.

Cet extrait illustre bien ce que l'on entend par « rendre justice », surtout lorsque l'agente de liaison mentionne qu'elle désire « présenter autre chose », c'est-à-dire de quelle manière la personne intimée ne répond pas au profil classique de la personne délinquante. Qui plus est, le juge renchérit sur les propos des acteurs en affirmant que « ça nous fait plaisir de vous aider ». En somme, parce que l'ensemble des acteurs du tribunal félicite la personne intimée, il apparait clairement que ces derniers travaillent sur d'autres aspects que la sanction. On reconnait bien la mission que se donne ce type de tribunal, qui s'ancre dans une approche bienveillante plutôt que punitive. Malgré tout, l'avocate de la Couronne conclut son discours en mentionnant que le tribunal allait « garder un œil » sur la personne accusée ; ainsi, le tribunal félicite et soutient les personnes intimées dans leurs démarches, mais en exerçant toujours une forte supervision, en gardant le moyen de contrôler la trajectoire des individus.

8.4 La contrainte

Le troisième thème fait référence à une notion récurrente dans le tribunal étudié, soit la contrainte. Par contrainte, on entend l'ensemble des activités, conditions ou procédures ordonnées ou recommandées par les acteurs du tribunal. Ainsi, non seulement le juge peut émettre une contrainte, mais également l'avocate de la Couronne et les agentes de liaison présentes dans le dossier. Si parfois la contrainte est claire, rigide et non négociable, elle se présente aussi sous un registre plus flou, informel, voire pernicieux. La contrainte permet d'imposer à la personne accusée l'adoption d'un comportement ou d'une ligne d'action ou encore d'influencer sa prise de décision. L'observation l'a démontré : l'idée de contrainte est nécessaire, voire une condition *sine qua non* du fonctionnement du tribunal. L'analyse des propos des acteurs judiciaires touchant à la notion de contrainte semble témoigner d'un virage punitif dans les pratiques et discours.

Ce thème de la contrainte se décline en deux sous-thèmes : la contrainte « comme moyen d'échange » et « les menottes invisibles ».

8.4.1 Un moyen d'échange

De manière générale, la contrainte est apparue comme un moyen d'échange entre le tribunal et la personne accusée : cette dernière est tenue de répondre aux exigences du tribunal, d'être présente aux audiences fixées, d'entreprendre ou de continuer des démarches thérapeutiques ou médicales, etc., afin d'assurer sa « sortie » du système judiciaire. Ce lien est clairement établi dans l'extrait suivant :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Si elle [la personne accusée] continue de faire les démarches, de continuer ce que vous faites avec votre médecin et ses recommandations, on va pouvoir terminer le dossier.

Dans le même ordre d'idées, les extraits ont déjà montré que la personne accusée doit « prouver » au tribunal les différentes démarches effectuées avec son équipe de suivi. Dans le cas présenté plus haut, l'avocat de la défense mentionne à son client : « Ils [les procureurs de la couronne] vont vous laisser une dernière chance, mais à la prochaine comparution vous devez vraiment avoir des preuves de votre suivi à X [à l'ISSUM] ». La monnaie d'échange qu'est la contrainte peut aussi mener, plutôt qu'à la récompense, à la punition. En effet, à défaut de répondre aux contraintes imposées, les personnes accusées peuvent se voir infliger différentes sanctions : des conditions de libération plus rigides, un suivi plus serré, un retour vers le tribunal régulier, etc.

Cet autre exemple présente le cas d'un homme ayant des problèmes de consommations qui, au moment de l'audience, est détenu. Selon les conditions de remise en liberté qui sont émises, Monsieur devra entre autres continuer son suivi à Dollard-Cormier. L'avocat de la défense est clair :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Si vous n'avez pas la preuve du suivi, qui doit être consignée et signée, la Couronne pourrait faire d'autres accusations. Je comprends que vous avec rendez-vous avec Dr X le [mentionne une date].

L'avocate de la Couronne renchérit ensuite sur les propos de son collègue. On comprend bien que le levier judiciaire pourra être utilisé : si le justiciable ne fournit pas de preuve de suivi avec l'équipe traitante, il recevra des accusations supplémentaires.

Dans le prochain exemple, le juge doit statuer, à la suite d'une évaluation, sur la responsabilité criminelle d'une dame qui est accusée pour des vols. L'avocate de la Couronne résume la situation en mentionnant que « le rapport conclut qu'il n'y a pas d'élément mental qui aurait pu [la] perturber ». La procureure poursuit :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Elle a déjà intégré le programme EVE et donc elle avait sorti du PAJ. On suggère de revenir à EVE, mais malheureusement les dates sont éloignées. On propose un retour dans 7 mois.
>
> JUGE : Est-ce qu'il y a une médication qui est prise ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Non, je ne suis pas désintoxiquée, je prends seulement des antidépresseurs.
>
> A. C. : Ce n'est pas une condition, mais de son propre gré, c'est d'aller

> aux AA qui va aider au moment de la fermeture du dossier.
>
> J. : Je vais me permettre d'émettre un ordre d'être présente [aux prochaines comparutions].

La question du juge en dit long sur sa perception des personnes accusées et de leurs conditions mentales ; elle témoigne aussi de la valorisation de la médication comme outil de régulation des comportements.

De manière générale, les conditions émises par le tribunal ont des impacts majeurs sur le quotidien des personnes accusées. Devoir se présenter continuellement à la cour et respecter ses engagements envers l'équipe traitante, tantôt en suivant la médication prescrite, tantôt en s'abstenant de consommer de l'alcool semble être vécu difficilement par plusieurs personnes.

Par exemple, dans l'extrait ci-dessous, un homme dans la mi-trentaine accusé de voies de fait, de méfait et de non-respect des conditions de probation ne cache pas qu'il trouve lourd le processus exigé par le programme. Avant que l'accusé pénètre dans la salle de cour, l'avocat de la défense prévient que la comparution sera peut-être difficile puisque l'homme désire être remis en liberté :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Il y aura peut-être désorganisation. Il veut sortir aujourd'hui, mais ne comprend pas qu'il doit être devant le juge X [nom du juge] qui est saisi du dossier. C'est lui qui voulait aller se faire évaluer, parce qu'il pensait avoir des problèmes.
>
> [La porte de la détention s'ouvre, un grand homme chauve fait son entrée.]
>
> JUGE : Est-ce que vous comprenez que vous êtes apte ?

> PERSONNE ACCUSÉE : Oui, je le savais déjà !
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Il y a un volet toxico et santé mentale et comportementale : c'est un délinquant. Moi, j'aimerais qu'il reste détenu à l'hôpital, mais j'ai pas de ce pouvoir-là. J'aimerais ça, mais je l'ai pas.
>
> [La personne qui l'accompagne se lève soudainement.]
>
> INTERVENANT : Moi je veux juste qu'il prenne sa médication. Il voulait pas aller à Albert-Prévost parce qu'il avait peur de rester là.

S'exprimant sur les contraintes imposées par le tribunal, l'homme en vient à dire qu'il aurait préféré aller directement en prison que de devoir respecter une panoplie de formalités. On observe ici une forme de résistance où le justiciable exprime sa perception du tribunal spécialisé :

> PERSONNE ACCUSÉE : J'ai fait une thérapie et là on reporte tout le temps. J'ai fait une réinsertion, j'ai pas de problème de drogue. Je veux pas faire de thérapie, je paie de ma poche. J'aurais dû aller en prison. Quand ça fait 15 fois que vous passez, une fois tu viens plus. Je fais tout. Je vais perdre mon logement.

Ceci étant dit, bien que de manière générale les contraintes imposées à travers les conditions aux personnes accusées soient la règle plutôt que l'exception, on a observé à quelques reprises un assouplissement des conditions. Selon les acteurs judiciaires qui défendent cette position, il n'est pas possible pour certaines personnes de respecter les conditions proposées par la poursuite, notamment en ce qui a trait aux problèmes de consommation d'alcool ou de drogues.

Par exemple, un homme en situation d'itinérance se voit imposer la condition de ne pas consommer d'alcool ni de drogues. Pendant que l'avocate de la Couronne énonce les conditions, l'homme, debout derrière la paroi vitrée, l'interrompt :

> PERSONNE ACCUSÉE : Parce que je suis dans Dollard-Cormier Lafontaine en réduction des méfaits, donc des fois je fume un joint, parce qu'avec le Séroquel, c'est beaucoup dans une journée normale. Donc, c'est thérapeutique, c'est pas un problème, c'est encadré par mon équipe traitante.

Dans ce contexte, deux choix s'offraient au tribunal : refuser la demande de la personne accusée dans l'accommodation des conditions ou revoir sa position en proposant une alternative. La réponse de l'avocate la Couronne va comme suit :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Donc, pas de drogues ni d'alcool sauf sur recommandation de l'équipe.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Je veux dire, je suis bipolaire, en revenant le soir, ça me permet de trouver mon sommeil. De pas prendre un Séroquel, c'est moins *rough*.
>
> A. C. : OK, dans le cadre de la thérapie.

Dans le prochain extrait, un avocat de la défense s'oppose vivement à l'idée que son client ait comme condition de ne pas consommer d'alcool. Selon lui, cette condition ne fait aucun sens puisque son client à d'importants problèmes de consommation. Qui plus est, la situation résidentielle de Monsieur semble ambigüe : lorsque la cour lui demande son adresse, ce dernier donne celle d'un centre d'amitié autochtone.

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Moi, je ne suis pas d'accord avec le pas consommer d'alcool. Tu peux le mettre pis je vais le plaider. Mais on peut pas demander à un itinérant alcoolique de ne pas boire, on va le voir ici à chaque semaine.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : OK, mais faut que je mette quelque chose [comme conditions]. Dans le métro ?
>
> A. D. : OK.

Ainsi, il apparait que certains acteurs de la cour vont se donner de la marge de manœuvre pour créer des espaces de discussion et assouplir le processus de décision. Comme nous pouvons le voir, la procureure au dossier acquiesce à la demande de son collègue, mais désire quand même imposer un cadre à la personne accusée. Les deux avocats négocient les conditions à émettre à l'homme concernant sa présence dans le métro. L'avocate de la Couronne, après avoir écouté les arguments de la défense, accepte que Monsieur se rende dans le métro « pour se réchauffer », mais spécifie qu'il ne pourra pas se rendre sur les plateformes parce que, dans le passé, il s'est déjà retrouvé sur les rails. À la fin de l'audience, les avocats évaluent la pertinence d'ajouter un agent de probation au suivi de Monsieur :

> AVOCATE DE LA COURONNE : [...] parce qu'on s'entend qu'il ne fera pas par lui-même [les démarches avec l'équipe traitante]. On peut essayer, tenter le coup, c'est un filet de plus.

Comme on l'a vu au début de cet extrait, la prise en compte par l'avocat de la défense des enjeux spécifiques liés aux conditions imposées à la personne accusée est centrale afin de participer au respect et à la défense des droits. D'ailleurs, les propos que tiendra l'avocat en fin d'audience sont frappants quant à sa perception du justiciable :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Il n'est pas si fou que ça, il connaît les

règles.

Sous un autre angle, lorsque les personnes intimées ne respectent pas les conditions émises par le tribunal, elles doivent faire face à certaines conséquences : outre des accusations supplémentaires, de nouvelles conditions encore plus invasives pourraient être formulées. Par exemple, un homme a brisé la condition selon laquelle il devait respecter les règles de la maison de thérapie, car il a fumé une cigarette durant la séance. Monsieur est ainsi retourné devant le juge qui, pour le punir, décide de prolonger sa thérapie d'un mois. Au moment de prononcer la sentence, le juge rit puisqu'il semble trouver la situation plutôt absurde.

Le prochain extrait illustre plusieurs éléments caractéristiques du tribunal de santé mentale : l'emploi de la contrainte, mais aussi et surtout le brouillage des rôles professionnels. Tout au long de cet extrait, on se demandera : « Qui doit défendre la personne accusée ? » L'audience en question concerne une dame accusée de vol et d'entrave. La question de son aptitude à subir son procès est d'abord discutée :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Vous avez pris connaissance du rapport. Il n'y aura probablement pas de contrindication psychiatrique à subir son procès. Le médecin nous laisse le soin de décider si elle est apte ou pas à subir son procès.

Dès lors, l'avocat de la défense pose des questions plutôt simples à la personne afin d'évaluer son aptitude à subir son procès. Le juge conclut que la dame est capable de répondre aux questions et qu'elle comprend, de manière générale, les raisons pour

lesquelles elle se trouve au tribunal : elle est donc apte. Dès lors, l'avocat de la défense va émettre des propositions qui semblent ne pas correspondre aux désirs de sa cliente :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Moi, je ne sais pas, je veux une ordonnance.
>
> JUGE : Mais Madame veut…
>
> A. D. : Non, c'est le meilleur intérêt de Madame et au retour ça serait plus clair.
> AVOCATE DE LA COURONNE : On s'attendait pas que Madame réponde bien aux questions, le médecin nous remettait dans les mains [la question de l'aptitude], c'est pour ça qu'on a pas de plan d'intervention.
>
> J. : Je peux reporter à lundi. Moi je considère qu'elle est apte. Si c'est pour une question d'adresse…
>
> A. D. : Son adresse est à Pinel.

Ici, la juge s'adresse à l'avocat de la défense et demandera de préciser son rôle et mandat comme avocat : est-ce de défendre ce que sa cliente désire ou de plaider ce qui semble, selon sa perceptive, le mieux pour sa cliente ?

> J. : Si vous me dites que vous donnez [la responsabilité de trouver une adresse] à Pinel et qu'elle veut et que c'est votre mandat…
> A. D. : Non…
> J. : Mais vous, le meilleur intérêt, c'est votre cliente.
> A. D. : Elle comprend qu'elle sera acquittée.
> J. : Je ne comprends pas, j'ai l'impression d'avoir deux avocates de la couronne [...].
>
> A. D. : Reportons à mardi [nous sommes vendredi] pour l'adresse, je ne peux pas faire plus. La conclusion que vous avez est différente de celle de 2 jours. Il y a de ce qu'elle veut et ce qui est mieux pour le mieux. J'essaie de lui dire très clairement. Elle souhaite être acquittée.
>
> J. : Madame, je ne peux pas vous remettre en liberté sans adresse.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : On peut aller à cet endroit et le locataire me

> donne l'adresse.
>
> J. : Ça va être difficile
>
> P. A : Si je retourne à l'hôpital, je ne peux pas louer, je dois avoir quelqu'un.
> J. : Votre avocate va chercher une adresse.

Le tribunal reporte donc l'audience à la semaine suivante afin de permettre qu'on trouve une adresse à l'accusée. La dame et son avocat ont quitté la salle. L'avocate de la Couronne revient sur le cas :

> AVOCATE DE LA COURONNE : J'étais d'avis qu'avec l'aptitude, elle était pas capable de répondre aux questions.
>
> JUGE : Mais là elle va prendre sa médication, je lui ai ordonné.
>
> A. C. : Bien, c'est pas ce que j'ai compris [qu'elle devait prendre ses médicaments]. Je comprenais que c'était plus maternel, bienveillant [ce que la juge a dit sur les médicaments]. Et de toute manière, pour une obligation de traitement, elle est apte.
>
> J. : C'est vrai, elle est apte, pour ça que j'ai remis dans 8 jours.
>
> A. C. : Et dans le rapport on voit qu'elle veut pas les prendre.
>
> J. : Oui.
> A. C. : [...] Ce sont les limites du système judiciaire.
> J. : Quand vous allez appeler [à Pinel], dites-leur que j'ai ordonné qu'elle prenne ses médicaments, ça va ressembler à une ordonnance de traitement.

En somme, cet extrait remet en question l'ambiguïté qui règne dans ce tribunal spécialisé quant aux rôles des avocats de la défense et de la Couronne : Les avocats de la défense remplissent-ils correctement leur mandat, soit de porter la voix de la personne accusée et de défendre ses intérêts, ou *a contrario* s'alignent-ils plutôt sur les

propositions de la Couronne pour le « bien de la personne accusée » ? Cet extrait a aussi révélé toute la zone grise qui entoure les décisions émises par les acteurs judiciaires. À ce propos, les dernières directives du juge à l'avocate de la Couronne sont particulièrement évocatrices : on comprend comment le tribunal peut jouer avec les droits des personnes accusées en contournant certaines règles.

8.4.2 Les menottes invisibles

Le prochain sous-thème lié au thème des contraintes regroupe des récits témoignant de ce qu'on nomme « les menottes invisibles » : bien qu'en liberté, la personne accusée est sanctionnée et fait l'objet d'une surveillance étroite qui touche l'ensemble des aspects de sa vie et de son quotidien.

Le chapitre VII sur l'analyse quantitative des données a révélé une foule d'informations dont ont émergé deux constats : premièrement, les personnes se retrouvent souvent devant la justice à cause de bris [55] ; deuxièmement, et ce peut être une explication du premier constat, les personnes accusées se voient imposer une panoplie de conditions auxquelles elles doivent se soumettre. Cette section s'intéresse ainsi à la question pernicieuse selon laquelle les contraintes représenteraient peut-être une sorte de sanction invisible, puisqu'elles entrainent le retour devant le juge des personnes accusées.

---

[55] En effet, ces types d'accusations est à l'origine de près de 19 % des audiences observées.

Le premier extrait présente le cas de madame Lemay[56]. Le choix de détailler ce cas n'est pas anodin puisqu'il offre une illustration concrète des contraintes liées aux conditions émises par le tribunal et permet surtout de suivre sur une certaine période le parcours judiciaire de la personne accusée. Ainsi, il a été possible de documenter ce qui se passe lorsqu'une personne brise ses conditions et qu'elle doit continuellement se présenter au tribunal.

Les six comparutions de madame Lemay se sont déroulées sur une période d'un mois. À chacune des audiences, la dame était représentée par un avocat de l'aide juridique. On entend pour la première fois le cas de madame Lemay le 9 mai. À ce stade-ci, les accusations de madame ne sont pas verbalisées concrètement par les avocats : il semble qu'elle soit accusée de vol. L'accusée est amenée devant le juge. La poursuite n'a pas d'objection à remettre Madame en liberté. Cette dernière devra cependant respecter un nombre strict de conditions : garder la paix et avoir une bonne conduite, demeurer au X [la Couronne donne l'adresse de son domicile], ne pas se rendre aux stations de métro LaSalle, de l'Église et Verdun, se présenter à chaque audience, continuer le suivi avec son équipe traitante, prendre sa médication comme prescrit et ne pas trouver sur la rue Wellington sauf pour prendre l'autobus. La date prévue pour le suivi avec le tribunal est en juillet. Précisons que la dame demeure dans le quartier Verdun et qu'elle a son suivi à l'hôpital Douglas. Le quartier étant desservi par les trois stations de métro dont l'accès est interdit à l'accusée et la plupart des commerces du secteur se trouvant sur la rue Wellington, on comprend alors que les conditions imposées par le tribunal sont très contraignantes.

---

[56] On rappelle que les noms ont été changé afin de rendre anonyme les extraits présentés.

Quelques jours plus tard, soit le 17 mai, madame Lemay est de nouveau détenue. Dès son entrée dans la salle d'audience, elle s'adresse au juge en pleurant :

> PERSONNE ACCUSÉE : Je ne veux pas rester un autre jour. Je vis dans une résidence à Douglas.
> JUGE : [enchaine sans répondre aux propos de la personne accusée] Madame est apte.
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Je vais demander l'aile santé.
> P. A. : Mets-moi à Douglas.
> A. D. : Je ne peux pas, je ne suis pas le boss. Vous allez y aller [en détention] pour penser à ce qui s'est passé.

Pendant que son avocat demande de remettre l'enquête caution au lendemain, la dame crie et pleure. Elle est raccompagnée par un agent de police.

Comme prévu, madame Lemay revient devant le juge pour la troisième fois afin d'avoir les conclusions de l'enquête sur sa remise en liberté provisoire.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Tout ce qui est mis en place est là, tout ce que le PAJ peut faire est là, on est à la limite. On a fait des conditions au plus simple.

Les paroles prononcées par l'avocate de la Couronne témoignent d'un décalage important en ce qui concerne la perception des conditions émises par le tribunal. En effet, en affirmant que ce sont des « conditions au plus simple » alors que la dame ne peut se rendre aux stations de métro avoisinantes ni circuler librement dans son quartier, l'avocate démontre qu'une grande dimension de la réalité des personnes

accusées échappe aux acteurs judiciaires. L'avocat de la défense prend ensuite la parole :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On a communiqué avec son équipe, on a toute l'information. Madame est responsable sur le plan criminel. [En s'adressant à la personne accusée :] Vous voulez plaider coupable ?
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
> A. D. : Le 26-27 avril, pas garder la paix et bonne conduite, menaces aux policiers. Elle quêtait de l'argent aux personnes. Le 8 mai elle était sur la rue Wellington, 17 mai sur Wellington.
> JUGE : Je me souviens que c'est moi qui vous l'avais dit.
> P. A. : Comment je peux retourner à l'hôpital… [la suite des propos est difficile à saisir]
> AVOCATE DE LA COURONNE : Les policiers ont vu Madame sur la rue alors qu'elle ne pouvait pas y être.
> A. D. : C'est difficile pour nous.
> J. : Les policiers vous connaissent, s'ils vous voient ils vont vous arrêter, ils écoutent mes consignes.
> P. A. : Je n'y retournerai pas.
> J. : Vous avez dit ça la dernière fois.
> A. C. : Donc je suggère une sentence suspendue et de garder la paix et d'avoir une bonne conduite, de ne pas se trouver sur Wellington.
> J. : Wellington égale la prison.
> A. D. : Vous devez respecter vos conditions.
> J. : [à la personne accusée] Je suis un peu insulté, vous ne m'écoutez pas. Je ne vais pas vous revoir, certain !
> P. A. : Certain.

Le 31 mai, Madame revient devant le juge pour une quatrième audience puisque de nouvelles accusations ont été déposées.

> JUGE : Vous avez rencontré Madame ?
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : [lève les sourcils et sourit] Elle a de nouvelles accusations. On va reporter pour jeudi pour rassembler tous les

dossiers. C'était pas facile à la rencontre. C'était difficile pour moi de lui expliquer, elle va peut-être être [faire] le contraire.

[La personne accusée arrive dans la salle d'audience.]

J. : Rebonjour.
P. A. : Allo.
A. D. : Madame a de nouvelles accusations, donc on reporte à jeudi pour avoir tous les dossiers.
J. : Donc, retour le 2 juin pour l'enquête caution.
A. D. : Recommandation à l'aile santé.
P. A. : Pourquoi je ne peux pas aller à Douglas ?

Malgré le fait que la personne accusée pose souvent la même question, à savoir pourquoi elle ne peut pas retourner à Douglas, personne ne lui répond ou ne lui prête attention. Elle quitte la salle d'audience.

Pour la cinquième audience, les choses semblent se compliquer pour madame Lemay. En effet, elle a été placée en isolement lors de sa détention.

AVOCAT DE LA DÉFENSE : On ne le fera pas descendre. Elle a de nouvelles accusations.
JUGE : Ça sort d'où, elle est détenue ?
A. D. : Ce sont des accusations antérieures. On l'a réalisé au moment de la réunion. On va reporter à mardi pour joindre [l'ensemble des dossiers]. Elle est maintenant en isolement. Elle avait été libérée une dizaine de jours. Son équipe traitante parle de responsabilisation.
J. : Elle a mal réagi ?
A. D. : Elle est en isolement.
J. : Pensez-vous qu'elle va retourner à Douglas ? C'est son souhait le plus cher.
A. D. : Elle a son injection, le discours qu'elle a est un peu stratégique.
J. : Vous n'êtes pas impressionné ?

A. D. : Bah, elle a ses injections et je fais la recommandation pour l'aile santé.

Quatre jours plus tard, soit le 6 juin, Madame revient devant le juge : c'est le moment de son enquête sur sa remise en liberté provisoire. Elle semble être dans un état plus calme que lors des dernières comparutions. Son avocat est le premier à prendre la parole :

AVOCAT DE LA DÉFENSE : Il y a 3 dossiers et Madame désire plaider coupable. 1 : 18 mars, une agression sur X [nomme la personne plaignante].

Avocat de la défense : Qu'est-ce que vous avez fait ?
P. A. : Je l'ai frappé un peu.
AVOCATE DE LA COURONNE : La plaignante a passé sur la rue, l'accusée a demandé de l'argent et comme la dame ne voulait pas, elle l'a frappée. Elle avait volé une bouteille de vodka avec un ami, ensuite elle est allée sur Wellington et c'était interdit.
A. D. : Votre collègue a donné un interdit d'aller sur Wellington, par contre, elle n'a pas antécédent judiciaire et elle habite là depuis longtemps. Votre collègue lui a dit qu'il ne fallait pas qu'elle se retrouve.
J. : Donc vous plaidez coupable dans les 3 dossiers ?
P. A. : Oui, je veux quitter la cour.
A. D. : En prenant en considération qu'elle est détenue depuis le 29 mai, le temps est fait, en plus de faire une probation d'un an. Ma collègue croit qu'il faut faire plus de temps de détention.
A. C. : Je dépose les antécédents de bris de condition et de menaces et de pas avoir gardé la paix et d'avoir une bonne conduite. Pour la Couronne, le plus important, c'est l'assaut sur l'étrangère. On suggère 15 jours moins le préventif et sur le bris, 10 jours. Pour l'autre, parce que Madame n'a pas d'antécédents, on demande un jour. Et une probation d'une année dans les conditions de ne pas se rendre sur Wellington et dans l'autre probation de ne pas aller à la SAQ et avec rayon de 200 mètres et de ne pas communiquer avec madame X [nomme la plaignante].
A. D. : Vous comprenez que vous ne pouvez pas aller sur Wellington ?
P. A : Oui.
A. D. : Qu'est-ce qu'on peut faire ? Où prenez-vous vos injections ?

P. A. : À Douglas.
J. : Vous devez obéir à vos conditions.
P. A. : Je promets, je vais les respecter.
J. : [calcule] Elle est détenue depuis le 29 mai, donc 10 jours, donne 5 jours de plus.
A. D. : [à la personne accusée] Je lui ai dit que vous ne voulez pas aller en prison.
J. : Avez-vous des commentaires ?
P. A. : Je ne retournerai pas sur Wellington encore. Promis.
J. : Considérant le plaidoyer et les représentations et qu'elle est détenue depuis le 29 mai, que l'agression sur la dame n'a pas eu de conséquences et du commentaire de la défenderesse : 10 jours donc le temps est fait, 1 jour, temps fait, et 10 jours, temps fait. Avec un an de probation.
A. D. : [à la personne accusée] Vous allez sortir aujourd'hui.
[L'avocate de la Couronne répète les conditions. L'avocat de la défense renchérit.]
A. D. : Et pas aller sur Wellington, et que si vous revenez, ça ne sera pas les mêmes conditions.
J. : Et le suivi à Douglas, ce n'est pas dans les conditions ?
A. C. : Continuer le suivi à Douglas, suivre les recommandations et prendre la médication te que prescrit.
A. D. : Je répète : si vous revenez ce ne sera pas les mêmes conditions.
P. A. : J'espère.
A. D. : J'espère pour vous.
P. A. : Pensez-vous que les policiers peuvent me donner une *ride* ?

À la fin de l'audience, le juge vérifie encore auprès de la personne accusée qu'elle comprend bien ce qui se passera si elle ne respecte pas ses conditions :

JUGE : Si vous ne respectez pas [les conditions], c'est un bris et qu'est-ce qui se passe ?
PERSONNE ACCUSÉE : J'irai en prison.
J. : Exactement. C'est selon vous.
P. A. : Merci. Je t'aime !

En somme, on peut s'interroger sur l'intérêt ou encore la pertinence d'imposer certaines conditions. Le cas de madame Lemay n'est pas un isolé : on voit régulièrement des personnes accusées briser leurs conditions de probation.

Le motif derrière l'ensemble de ces contraintes, qu'elles prennent la forme des conditions émises par le juge ou qu'elles soient intégrées au traitement médical et thérapeutique, est la gestion des risques. Cet aspect sera traité au prochain chapitre.

****

Ce huitième chapitre a permis de mettre en lumière trois des quatre principaux thèmes dégagés de l'analyse du discours et des pratiques des acteurs du tribunal de santé mentale. On rappelle qu'il s'agit de : 1) la transformation de l'individu déviant en figure canonique, qui intègre « le devoir se conformer » et la « volonté de s'en sortir » ; 2) le désir d'aider les personnes à s'aider, qui révèle « une confiance mitigée envers la personne » et l'idée « rendre justice » ; et enfin, 3) la contrainte, qui regroupe les sous-thèmes de « la contrainte comme moyen d'échange » et des « menottes invisibles ». La documentation de ces thèmes rend compte de la complexité et de la pluralité des expériences marquant les trajectoires pénales des justiciables.

Outre ces thèmes, ce chapitre a aussi fait émerger certaines idées fortes qui seront réinvesties au moment de la discussion : la conception d'une triple conformité qui arrime conformité sociale, mentale et judiciaire ; la mise de côté du discours des personnes accusées au profit de ceux des acteurs du tribunal ; et enfin, la présence dans le dispositif du tribunal de santé mentale de référents misant sur la responsabilité, l'activation et l'autonomie que l'on retrouve dans les politiques sociales contemporaines. En outre, ces référents mettent l'accent sur une lecture psychologisante et médicalisante des problèmes vécus par les justiciables. De fait, les acteurs ne se posent que très peu la question des causes derrière les agissements délictuels des personnes : Quels liens peut-on faire entre leur situation mentale, sociale et matérielle et leur présence dans les cours de justice ?

CHAPITRE IX

ENTRE RISQUE MENTAL ET RISQUE SOCIAL : AMBIGUÏTÉ DANS LES PRATIQUES

9.1 Introduction

Le tribunal de santé mentale interpelle des personnes présentant des histoires, des contextes de vie et des antécédents pluriels. À tour de rôle, ces personnes doivent se présenter devant un juge, parfois bienveillant, parfois rigide, parfois indifférent, mais dont le rôle est toujours de se prononcer sur leur culpabilité. Les réactions aux sentences, aux conditions émises ou aux attentes des acteurs du tribunal provoquent, chez les personnes accusées, des réactions variées. Ce chapitre a pour fil de conducteur de comprendre et de documenter de quelle manière les personnes accusées sont perçues par les acteurs du tribunal. Cette seconde vague d'analyse vise à préciser le fonctionnement du tribunal de santé mentale, permettant de répondre aux objectifs de la thèse.

Essentiellement, il émerge que le discours des acteurs du tribunal sur les justiciables suit deux logiques principales portant respectivement sur risque social et le risque mental. Faisant écho aux enjeux de sécurité, ce qui importe dans le concept du risque

n'est pas ce qui s'est passé, mais ce qui pourrait se passer. Les justiciables sont perçus tantôt comme des individus dangereux, tantôt comme des individus vulnérables, ou encore les deux à la fois.

Dans la première section de ce chapitre, nous documenterons les concepts de « petite criminalité » et de ce que l'on nomme « double incrimination ». L'intégration des données quantitatives à l'analyse d'extraits de récits permettra de détailler de quelle façon ces concepts se manifestent dans la pratique. Ensuite, nous dévoilerons le cheminement analytique qui a permis d'identifier deux profils de justiciables au sein du tribunal de santé mentale, soit les accusés dits « délinquants », qui représentent un risque social, et les accusés dits « souffrants », qui pour leur part représentent un risque mental. Ce chapitre propose ainsi d'exposer de quelle manière les personnes sont appréhendées par les acteurs judiciaires du PAJ-SM et mettra ces résultats en relation avec ceux présentés au chapitre précédent.

9.2 La petite criminalité

Cette section a un objectif double : documenter de quoi les personnes sont accusées au sein du tribunal étudié et démontrer ce que l'on entend par double incrimination. Plus tôt dans la thèse, il a été exposé que 37 % des audiences observées avaient pour objectif d'effectuer un « suivi » : les acteurs du tribunal désirent connaitre, comprendre et

évaluer la trajectoire de la personne intimée. Ce sont aussi près de 19 %[57] des audiences qui concernaient l'évaluation de la responsabilité criminelle ou de l'aptitude à subir son procès. Une autre donnée importante concernant la perception de la dangerosité des personnes est celle sur la détention au moment de l'audience. En effet, les analyses ont démontré que près de 42 % des justiciables étaient en détention au moment de l'audience. Bien que différentes raisons peuvent expliquent ce taux (objection de la procureure à la remise en liberté, évaluation de l'aptitude, etc.), on retiendra qu'une bonne partie des personnes interpelées par ce type de tribunal sont détenues au moment de se présenter devant le juge.

Rappelons que, selon le tableau sur les types d'accusations présenté à la section 7.2.3, on retrouve parmi les accusations les plus fréquentes le vol (12 %), les voies de fait (11,6 %) et les voies de fait sur un agent de la paix (7,3 %). Dans l'ensemble, ces accusations sont plutôt considérées comme de la « petite criminalité ». Par ailleurs, les accusations liées au non-respect des conditions et de bris de probation sont aussi récurrentes (19,0 %). Il est intéressant de noter que la cour semble elle-même à l'origine de certaines des accusations qu'elle traite, régule et sanctionne.

On a aussi mentionné qu'un avocat de l'aide juridique était présent dans 52,5 % des audiences observées. Cette donnée permet d'en savoir un peu plus sur la situation

---

[57] En combinant les taux obtenus pour l'évaluation de l'aptitude à subir son procès (6,3 %), l'évaluation de la responsabilité criminelle (10,7 %), les demandes de prolongation des délais des évaluations (autant sur l'aptitude que de la responsabilité : 1,5 %) et l'évaluation combinée de la responsabilité criminelle et de l'aptitude à subir son procès (0,3 %).

socioéconomique des personnes interpelées par le tribunal.

Le premier cas que nous présentons est celui d'un homme né en 1985 et ayant cinq dossiers actifs relatifs à des vols, notamment à la SAQ (valeur de 13,85 $), dans une épicerie (30 $) et dans une pharmacie (75 $). Monsieur fait aussi face à des accusations de non-respect des conditions de probation. L'avocate de la Couronne ajoute que ce dernier a déjà eu une condamnation à la Cour du Québec relativement à de la violence conjugale. Monsieur est en détention préventive depuis six jours. Puisque Monsieur n'a pas d'antécédents de vol, les avocats proposent une suspension de la sentence avec une interdiction de se présenter aux endroits où les vols ont été commis. L'avocate de la Couronne souligne que l'homme a déjà beaucoup de conditions à respecter en lien avec sa probation à la Cour du Québec.

> JUGE : Qu'est-ce qui explique qu'avant il n'y avait rien ?
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Faut comprendre que ça part d'avant ça, avec des plaintes de harcèlement. Monsieur a une schizophrénie paranoïde et il a consommé. Il a commis des vols.
>
> JUGE : [à la personne accusée] Est-ce que votre problème de consommation est réglé, parce que c'est la question ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Je vais le régler, je vais aller en thérapie.Ainsi, pour le juge, le nœud du problème ne semble pas tant se situer au niveau des accusations en cours, mais du problème de consommation de la personne accusée ; la raison de l'audience apparait secondaire.

Dans le prochain exemple, il est question d'une jeune femme qui a deux dossiers pour des accusations de vol et de non-respect des conditions de probation. L'avocate de la Couronne souligne le cheminement réalisé par la dame, mais elle met aussi en

perspective la valeur du vol perpétré :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On la suit depuis longtemps. Elle est en suivi intensif. Elle a fait beaucoup depuis qu'on la suit. J'aimerais mentionner à la Cour qu'il s'agit d'une canette de bière de 2,70 $ et des bris. Donc oui, Madame a une feuille de route, mais on ne comprend pas pourquoi les autres dossiers n'ont pas suivi les autres.
>
> JUGE : [à la personne accusée], Mais êtes-vous heureuse, êtes-vous fière de vous ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.

Au final, le juge retiendra les recommandations de l'avocate de la Couronne et retirera les accusations.

Un autre exemple frappant est celui d'une femme accusée d'un vol d'une valeur de plus de 300 $ dans une épicerie. Selon ce que rapporte l'avocate de la Couronne, la dame aurait rempli son sac de fruits et de légumes et serait partie sans payer. Au moment de l'audience, on apprend qu'il s'agit d'une femme possédant beaucoup d'antécédents judiciaires : elle a déjà reçu une sentence où elle était assignée à résidence 24 heures sur 24, et la procureure spécifie qu'elle vient tout juste de compléter le programme EVE :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Pour que Madame ait une punition, on suggère une sentence suspendue avec 240 heures de travaux. Madame aurait une invalidité physique à l'aide sociale. Or, cela ne veut pas dire qu'elle ne pourra pas faire des travaux [communautaires].

En somme, ces extraits de récits ne sont que quelques exemples parmi de nombreux autres qui permettent de comprendre que les délits traités par le TSM sont liés à de la « petite criminalité » concernant des vols de nourriture, de boisson ou des rapports sociaux conflictuels.

De plus, on sait que ce tribunal cible des personnes ayant des problèmes de santé mentale, mais, surtout, que celles-ci sont en situation de vulnérabilité sociale, économique et matérielle. Ce constat renforce l'idée de la double incrimination : les personnes sont accusées d'avoir enfreint la loi, mais sont aussi « reconnues coupables » de leur difficulté mentale, économique et sociale.

En somme, le dernier chapitre s'est conclu sur le constat que, lors des audiences, les acteurs ne se questionnent que rarement sur les causes qui mènent les personnes à entrer dans le système judiciaire. Si la question de la dangerosité réelle ou perçue et la gestion du risque sont souvent au cœur de la réflexion menant au choix de la sentence ou des conditions de libération, nous aussi réfléchir à ce qui pousse les personnes à entrer en conflit avec la loi.

Les deux prochaines sous-sections travailleront davantage ce concept de double incrimination en documentant les deux profils de personnes se retrouvant devant le juge, soit les personnes représentant un risque social et desquelles le tribunal doit protéger le public, et les personnes représentant un risque mental que le tribunal doit soutenir et accompagner.

9.3 Le risque social

Le premier profil type de personnes accusées repéré à travers les discours des acteurs judiciaires concerne les personnes dites « délinquantes » ; celles-ci sont plutôt définies par les risques sociaux qu'elles représentent. On rappelle que les plans d'intervention découlant dans les tribunaux de santé mentale sont qualifiés de réactifs : ce n'est qu'une fois qu'une personne ayant un problème de santé mentale est accusée d'un délit que différentes interventions pourront être mises en place. Mais que se passe-t-il lorsqu'une personne accusée ne respecte pas les conditions de sa probation et qu'elle se fait exclure du tribunal ?

Le premier extrait présente les propos de l'avocate de la Couronne, qui insiste sur l'idée de devoir protéger le public : elle mentionne clairement que la personne accusée représente un danger, qu'elle devrait demeurer détenue et que, au-delà de ses problèmes de santé mentale, elle est plutôt une délinquante. Il s'agit d'un homme en situation d'itinérance :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Il y a un volet toxico et santé mentale et comportementale : c'est un délinquant. Moi, j'aimerais qu'il reste détenu, mais j'ai pas ce pouvoir-là. J'aimerais ça, mais je l'ai pas.

La porte de la détention s'ouvre. L'homme se présente devant le juge : il a les cheveux longs et lorsqu'il répond au juge, sa voix grave résonne dans la salle d'audience. Monsieur est accusé de méfaits sur un véhicule et une vitrine de pharmacie, causant des dommages totaux d'environ 3 600 $. De plus, les conditions émises par la

Couronne suggèrent qu'on recherche à prohiber un comportement afin de diminuer le risque social.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur a une feuille de route assez chargée : a déjà fait de la prison [...], a été sentencié dernièrement pour une voie de fait police [...]. Monsieur ne peut pas rembourser, donc on va devoir suggérer 90 jours de prison et une probation d'un an de ne pas retourner au X [nomme le lieu du méfait].

Les propos tenus par les acteurs judiciaires témoignent de leur perception de la dangerosité des personnes accusées. Par exemple, un avocat de la défense a déjà dit de son client : « Il fluctue, il devient une force née, il est trop dangereux de le faire descendre [devant le juge] ». Dans d'autres extraits, on voit de quelle manière les acteurs judiciaires tentent de lier la possible dangerosité de la personne accusée à son problème de santé mentale renforçant le risque que peut présenter le justiciable :

> PERSONNE ACCUSÉE : Pourquoi je ne peux pas plaider coupable aujourd'hui ? J'aurais pas perdu mon temps.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Voulez-vous plaider coupable ?
>
> P. A. : Oui.
>
> A. D. : Pour la première accusation, il s'agit d'un bris, d'avoir consommé de la drogue.
>
> P. A. : Je plaide coupable, je veux dire j'ai compris : s'il le dit que je l'ai fait, je l'ai fait.
>
> A. D. : Pour le deuxième dossier : il s'agit d'un autre bris, de ne pas avoir gardé la paix et d'avoir une bonne conduite. Et une entrave aussi.
>
> JUGE : C'est arrivé comment ?
>
> P. A. : Je ne sais pas.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur se parlait seul. Il a traversé

> la lumière quand le feu était rouge. Il donne son nom à la police et part courir quand ils viennent pour l'arrêter. Il se fait rattraper. Ils [les policiers] doivent appliquer de la force pour l'arrêter. Et donc les policiers l'arrêtent pour entrave.
>
> A. D. : Pour le troisième dossier, Monsieur n'a pas gardé la paix et avoir une bonne conduite.
>
> A. C. : Monsieur tente d'entrer après les heures d'ouverture. Il fracasse la porte de la Banque Laurentienne.

Selon les propos recueillis lors de l'audience, l'avocate de la Couronne demande le retrait des accusations parce que l'accusé ne semble pas reconnaitre les gestes posés. Les deux parties ont une proposition commune :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Pour le premier évènement, nous demandons 60 jours et une probation de 3 ans. Monsieur devra respecter les conditions suivantes : garder la paix et avoir une bonne conduite, avoir une pièce d'identification sur lui et la présenter si l'agent de la paix le demande, prendre rendez-vous avec un psychiatre dans 48 heures au CLSC.

Sous une autre note, on peut toutefois se demander s'il est vraiment réaliste que la personne puisse remplir la dernière condition dans un délai aussi court : Monsieur a-t-il une référence de son médecin de famille ? Sait-il où appeler, à quel CLSC ? En outre, la personne accusée ne comprend pas pourquoi elle doit communiquer avec un psychiatre. Elle résiste : elle ne veut pas accepter cette condition. Or, le juge lui fera comprendre assez rapidement qu'elle est mieux d'accepter cette condition parce qu'il a le pouvoir de changer la sentence :

> JUGE : Vous savez que je peux faire une sentence au-delà de la sentence commune et là vous vous aidez pas.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : [Poursuivant l'énoncé des conditions] Quatrième condition : Suivre les recommandations et prendre la médication tel que prescrite.

De nouveau, la personne exposera sa résistance face aux conditions liées au domaine psychiatrique :

> PERSONNE ACCUSÉE : Pfff, je veux pas de diagnostic.
> AVOCATE DE LA COURONNE : Ensuite, ne pas se présenter à la Banque ; ne pas consommer ni alcool ni drogues. Pour les autres dossiers, nous demandons 30 jours. Il est déjà en garde préventive depuis 10 jours.
> JUGE : [à la personne accusée] Avez-vous des commentaires ?
> P. A. : Bien, je voudrais moins de 30 jours, ça faisait 3 ans que j'étais dans la rue.
> J. : Ça va être plus que 30 jours, donc 52 jours.
> P. A. : Je comprends pas pourquoi je dois aller voir un psychiatre, j'étais à Pinel et ils m'ont pas donné de diagnostic.
> J. : Bien, il dira de nouveau.
> P. A. : Avec un suivi la probation ?
> J. : Non, juste respecter les conditions.
> P. A. : OK, c'est bon.

Le prochain extrait présenté met en lumière plusieurs éléments propres au tribunal de santé mentale qui participe à la perception d'un risque social : cas liés à des problèmes sociaux complexes, itinérance, flou dans les critères d'aptitude et limite des acteurs judiciaires dans leur pratique. La personne interpelée vient tout juste d'être transférée au tribunal de santé mentale ; elle était auparavant au tribunal régulier. Avant que Monsieur arrive dans la salle, l'avocat de la Couronne mentionne que bien que le

médecin l'ait considéré apte, son avocat n'est pas en mesure de discuter avec lui. Les conclusions du rapport rédigé par le médecin sont donc contestées. L'avocat de la défense ajoute que son client comprend les accusations, mais rien d'autre :

> JUGE : Il est désorganisé ?
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Oui, c'est ce que l'on soupçonne. Il n'a pas été vu par UPS [urgence psychosociale].
>
> J. : Mais le test est très bas pour l'aptitude.
>
> A. D. : Oui, mais…
>
> [La porte de la détention s'ouvre et un jeune homme vêtu d'un polo entre dans la salle.]
>
> A. D. : On va assermenter Monsieur pour faire l'évaluation.
>
> GREFFIÈRE : Votre date de naissance et votre adresse ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : 1996 et je suis itinérant.
>
> J. : Pourquoi vous êtes ici ?
>
> P. A. : Pour avoir dormi dans le métro et avoir pissé.

Le juge questionne ensuite le jeune homme afin de déterminer son aptitude à subir son procès :

> JUGE : Si je dis que vous êtes accusé de voies de fait ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Non.
>
> J. : Est-ce qu'il est possible que nous soyons le 4 ?
>
> P. A. : J'étais ébranlé parce que mon voisin s'est pendu.
>
> J. : Vous avez dit au médecin que la psychiatrie a commencé par des trisomiques dans une cage.
>
> P. A. : Oui.

J. : Expliquez-moi cela.

P. A. : Ils étaient dans une cage, le monde venait et là on a découvert un remède.

J. : Où vous avez vu ça ?
P. A. : Ça vous importe quoi ?
J. : Monsieur, répondez !
P. A. : Dans un documentaire sur les déboires de la psychiatrie.

Le juge le déclare apte et débute l'enquête sur le cautionnement. Les accusations contre le jeune homme sont des méfaits et d'avoir entravé la voie du métro. L'avocate de la Couronne explique la situation où est très bien illustrée l'idée de personne dérangeante plus que dangereuse.

AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur gisait sur un quai du métro Jean-Talon, il se met à courir sur le quai. Il urine. Ensuite, quand on l'arrête, il fonce sur eux [les policiers] en tentant de les contrôler, donne un coup de pied et fait des menaces. Monsieur dégageait une forte odeur, avait des habits délabrés. Il serait SDF et aurait dû rester à Saint-Jérôme. On a trouvé une petite quantité de substance verte. Monsieur était insultant, forte odeur d'alcool et une hygiène très basse. Il est en bris de condition, sous une probation.

AVOCAT DE LA DÉFENSE : Avez-vous une adresse ?

[La personne accusée donne l'adresse d'un refuge.]

A. D. : Et ailleurs ?

PERSONNE ACCUSÉE : Ma mère habite à X [donne l'adresse de sa mère], mais elle ne peut pas me reprendre.

A. D. : Avez-vous des problèmes d'alcool ?

P. A. : Un peu.

A. D. : Et pour satisfaire la cour et la sécurité publique, vous seriez prêt à faire des démarches ?
P. A. : Oui.
A. D. : Et vous seriez prêt à aller au CLSC ?
P. A. : Pourquoi ?

A. D. : Pour rencontrer des travailleurs sociaux.
P. A. : Non, je ne veux pas rencontrer des travailleurs sociaux.

Ici, dans la réponse de la personne, on voit se dégager cette idée des sites de résistances exprimées par certaines personnes accusées. S'il s'agit du refus de rencontrer des travailleurs sociaux, il s'agissait parfois du refus de prendre une médication.

JUGE : Je vais vous interrompre. Il a comme condition de rester au X [donne une adresse]. C'est où cette adresse-là ?
A. D. : Un hébergement de 30 jours.
J. : Pouvez-vous aller là ?
P. A. : Non, c'est à Saint-Jérôme.
J. : Monsieur, vous avez 19 ans, c'est quoi vos projets ?

P. A. : J'ai des procès. J'ai été refusé dans une organisation de yoga.

J. : Avant le yoga vous faisiez quoi ?

P. A. : J'étais à la rue.

J. : Et votre mère, vous ne pouvez pas y aller ?

P. A. : C'est complexe.

J. : Répondez-moi !

P. A. : Je ne peux pas y retourner. J'ai été SDF depuis que j'ai 16 ans. J'ai travaillé de 16 à 18 ans. Tout a commencé avec l'arrêt du yoga.

Le juge tout au long des procédures, démontre une écoute active et sensible aux propos du jeune homme. Il exprime aussi une certaine inquiétude face au futur du jeune et de son rôle comme juge de devoir juger de la situation. On sent ici que le juge se sent démuni, devant la situation.

J. : Mais là vous avez des causes pendantes [...]. J'ai un jeune homme de 19 ans, articulé, dans une situation catastrophique et je dois juger de ça. Je vois que vous ne respectez pas de devoir rester au X [adresse nommée plus haut].

P. A. : Mais ça, je ne peux pas, c'est seulement 30 jours.

J. : Vous pensez que j'achète ça ?

A. D. : Monsieur devait aviser pour un changer d'adresse temporaire.

J. : Vous ne pensez pas que vous pourriez aller rencontrer...

P. A. : Je me connais très bien. Donc à cause de cela vous allez m'envoyer en prison. Ils m'ont mis dans une cellule avec quelqu'un qui s'est pendu le lendemain.

A. C. : Je n'ai pas de question. Monsieur n'a aucune garantie. La situation est bien malheureuse. Il n'accepte rien. Il avait misé sa vie sur un camp de yoga.

J. : Ce qui me préoccupe, c'est une espère de désinvolture sur tout le reste. Je dépasse peut-être les commentaires que je peux faire. Il a 19 ans, c'est un laisser-aller complet. Mon but, c'est de ne pas laisser le monde en prison.

A. D. : Monsieur, si vous deviez aller en centre hospitalier ?
P. A. : Absolument pas. Je n'ai pas de maladie. Je ne prendrai pas de médication.
A. C. : On va essayer mardi.
J. : Est-ce que je peux suggérer vendredi ?
A. C. : J'aimerais faire une recommandation à l'aile santé.
J. : Si besoin est.

En somme, ce cas est complexe, car il touche à plusieurs problématiques personnelles et sociales : itinérance, consommation de drogues, judiciarisation et difficultés familiales. Par ailleurs, l'angle d'intervention auprès de la personne accusée est difficile à saisir, le communautaire, le judiciaire et le médical s'entremêlant à travers sa trajectoire.

Le prochain extrait présente un amalgame entre vulnérabilité et dangerosité et est révélateur de la manière dont les acteurs judiciaires peuvent percevoir les personnes interpelées par le tribunal. Il s'agit d'un dossier de conflit intrafamilial où la plainte

provient de la mère. Selon ce que rapporte l'avocate de la Couronne, Monsieur est accusé d'avoir perpétré un méfait dans l'appartement de sa mère ainsi que de voies de fait sur cette dernière :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur était en crise, il s'est mis en colère, a lancé un pot de sucre et a frappé dans l'armoire (qui serait brisée). Il a dit qu'il voulait contrôler sa vie et s'est enfermé dans la salle de bain. Il l'a [sa mère] empêchée de sortir, l'a frappée. Elle a plusieurs blessures au visage. Ensuite, elle s'est enfuie chez le voisin et a appelé la police. Madame voudrait qu'on apporte son fils à l'hôpital. Ce dernier, s'est enfermé dans l'appartement, a pris plusieurs minutes avant d'ouvrir et a sauté par-dessus le balcon. Les policiers l'ont rattrapé avant qu'il saute. Madame ne veut pas porter plainte ni aller devant le juge. Elle dit qu'il a besoin d'aide. En décembre 2015, il a été 30 jours à l'hôpital. Depuis qu'il est sorti, il ne prend pas sa médication et prendrait du chrystal meth. Elle veut qu'il se fasse traiter et non accuser. Depuis, Monsieur a été libéré avec des conditions, dont celles de ne pas communiquer avec sa mère, de ne pas aller au X [nomme l'adresse de sa mère], de ne pas consommer ni alcool ni drogues et de garder la paix et d'avoir une bonne conduite. Malgré cela, Monsieur a communiqué avec Madame le lendemain qu'il avait signé ces conditions et s'est présenté à l'appartement. Depuis, il demeure là, mais n'a pas le droit. Il a fait une voie de fait sur sa mère. Elle a dû quitter le domicile. Elle s'y rend à l'occasion. Un mois plus tard, Monsieur demande de l'argent à Madame. Elle refuse, il la pousse et donne des coups de pied, pas de blessures visibles. Les policiers se rendent à l'appartement pour arrêter Monsieur. Monsieur ouvre et referme immédiatement. Il a tenté de quitter par le balcon. Il retourne se cacher quand il voit les policiers à l'arrière. Ils l'arrêtent, il se met à crier et tente de frapper l'agent avec sa tête. Serait hors de lui, discours décousu et mentionne que les gens le suivent et le harcèlent.

Au moment de l'audience, on apprend que Monsieur est suivi dans un hôpital pour un problème dépressif, mais que le dernier rendez-vous remonte à il y a 5 mois. L'accusé a aussi des antécédents judiciaires. Le médecin de la cour ainsi que différents

intervenants suggèrent une thérapie en toxicomanie. L'avocat de la défense prend la parole : il précise à son client qu'il ne s'agit pas de son procès, mais de son enquête sur le cautionnement. Il lui demande s'il se souvient d'avoir signé les conditions et de quelle manière il comptait les respecter. L'accusé mentionne qu'il ne veut pas aller en prison, qu'il se sent mal, qu'il a compris sa leçon et qu'il veut rester loin des problèmes. Son avocat le questionne ensuite sur son père, chez qui le jeune homme parle d'aller vivre, puis sur les projets qu'il compte faire quand il y sera. L'accusé répond qu'il va travailler et qu'il serait prêt à signer une garantie. L'avocate de la Couronne prend le relais des questions :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Avez-vous un problème de drogue ?
> PERSONNE ACCUSÉE : Non. Avant.
> A. C. : Quand ?
> P. A. : Un mois passé.
> A. C. : Vous n'avez jamais fait de thérapie ?
> P. A. : Seulement par rapport à la méthadone, mais pu maintenant.
> A. C. : Vous avez arrêté par vous-même ?
> P. A. : Oui.
> A. C. : Vous ne pensez pas que vous avez un problème de drogue ou de violence ?
> P. A. : Non.
> A. C. : Vous n'avez aucune dépendance.
> P. A. : Seulement de jeu.
> A. C. : Vous n'avez aucun problème, mais vous avez pris de la méthadone… Avez-vous un docteur ?
> P. A. : Oui, Dr X [nomme un médecin].
> A. C. : Avez-vous appelé pour un rendez-vous ?
> P. A. : Ma mère l'a fait.
> A. C. : Donc vous n'avez jamais appelé ?
> P. A. : Je vais le faire.

Le dernier passage montre que le tribunal cherche d'autres éléments que ceux liés à

l'enquête sur le cautionnement, c'est-à-dire qui vont au-delà de la question de l'adresse et du risque présenté par la personne accusée. En effet, il semble que les acteurs judiciaires cherchent à savoir si Monsieur reconnait qu'il a consommé et qu'il a des problèmes de gestion de la violence.

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Je comprends que ses infractions sont sérieuses, si on peut lui faire confiance [avocat semble se demander sile tribunal peut lui faire confiance]. Monsieur n'a pas d'antécédent depuis 2006. Dans le premier dossier, on était pas présent, Monsieur était en crise : la drogue, la santé mentale. C'est la première fois qu'il passe plusieurs jours en prison. Cette fois-ci, il s'engagerait à respecter les conditions, à ne pas retourner chez sa mère. S'il retourne chez son père, il a un certain support. Ce n'est pas le plus beau cas de mobilisation pour le traitement, mais il comprend l'importance des conditions.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Vous avez un individu qui a 30 ans, ne travaille pas, ne va pas à l'école. C'est un habitué du système judiciaire qui a un problème de jeu, consomme, a arrêté son traitement par lui-même. Il ne reconnait pas [son problème de consommation], même s'il prend de la méthadone. Il n'offre aucune garantie, il offre la même adresse.
>
> A. D. : De dire que c'est un habitué… Il a 30 ans et ça date de 2006.
>
> JUGE : Je n'ai aucune garantie qu'il ne va pas faire une récidive. Le tribunal a imposé des conditions et la journée même, il les brise. Quant à lui, il n'a aucun problème. Je ne comprends pas pourquoi on a fait une enquête caution, ça me parait clair qu'avec le médecin si ce n'est pas une thérapie fermée...
>
> A. D. : Je demande de remettre pour intégrer une thérapie fermée.
>
> J. : Faut que monsieur comprenne la thérapie fermée.

Par ailleurs, on a aussi observé que, pour certains dossiers, l'option de la détention était remise en question, voire évacuée. À ce sujet, les enquêtes sur le cautionnement que l'on a pu entendre ont révélé une foule d'informations sur la manière de fonctionner du

tribunal, notamment sur les éléments sur lesquels les avocats fondent leurs arguments.

Voici l'exemple d'un jeune homme qui est accusé de violence intrafamiliale et de non-respect des conditions. Tout au long de l'enquête sur le cautionnement, les questions portent majoritairement sur le travail et la consommation de l'accusé :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Où habitez-vous ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : À Verdun, avec 5 personnes dans un duplex.
>
> A. D. : Est-ce que vous travaillez ?
>
> P. A. : Je fais un stage, je lave la vaisselle.
>
> A. D. : Avez-vous un problème de santé mentale ?
>
> P. A. : J'ai un TDA.
>
> A. D. : Le seul ?
>
> P. A. : Le seul que j'ai, oui.
>
> A. D. : Êtes-vous à l'école ?
>
> P. A. : Je veux y retourner, mais ma famille est plus importante. Quand j'aurai terminé ma thérapie, j'y retournerai.
>
> A. D. : Et avant le stage, que faisiez-vous ?
> P. A. : Je travaillais dans une boulangerie.
> A. D. : Recevez-vous de l'aide sociale ?
> P. A. : Oui.
> A. D. : Que faites-vous dans le jour ?
> P. A. : Je vais à l'appart de ma blonde.
>
> A. D. : Consommez-vous de l'alcool ?
>
> P. A. : Un peu, mais j'ai arrêté.
>
> A. D. : Comment avez-vous arrêté ?
>
> P. A. : Je n'étais pas un gros buveur, j'étais un « *happy drunker* ».
>
> A. D. : Consommez-vous de la drogue ?
>
> P. A. : Non.

A. D. : Vos colocs ?

P. A. : Oui, du *weed.*

La sœur du jeune homme et un ami viennent témoigner des garanties que ce dernier peut offrir. Toutefois, selon l'avocate de la Couronne, l'accusé présente un haut risque de récidive. Sa position implique que le juge tranche la question de la détention ou non du jeune homme :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Si on le libère, on le met dans la même position : ne travaille pas, ne fait rien de ses journées, n'a rien changé depuis la dernière fois. C'est exactement la même chose. On va le remettre avec ses amis, *chilling*, et il y a des risques qu'il commette d'autres délits.
>
> JUGE : C'est vrai, il y a des bris de ne pas garder la paix et d'avoir une bonne conduite. Mais après avoir entendu les quatre témoins [...], je ne peux pas ignorer ce que les témoins ont dit. Oui, dans les amis, il y avait quelques contradictions, mais on peut croire que cela [ce dont il est accusé] n'est peut-être pas arrivé. Ce n'est pas une question de où il va aller, qu'est-ce qu'il va faire. Même si mon rôle est de protéger la société et que la détention n'est pas la première option, je ne peux pas venir à cette conclusion, c'est pour ça qu'il y a des enquêtes cautions.

L'avocate de la Couronne appuie son argumentaire sur le fait que la personne accusée ne devrait pas être libérée. En effet, pour elle, le jeune homme représente toujours ce que l'on nomme un risque social puisqu'il ne prend pas sa médication, ne s'implique pas dans des démarches pour améliorer sa situation, ne travaille pas et ne fait rien de ces journées. Quant au juge, il met l'accent dans son argumentaire sur l'importance de protéger la société, mais aussi, et surtout, sur l'idée que la détention n'est pas la première option à envisager. Suivant ce qui lui a été exposé, il va accepter de libérer le

jeune homme pendant les procédures judiciaires.

Le prochain extrait permet de suivre dans le temps les audiences d'une personne accusée de harcèlement contre ses voisins. L'extrait met en lumière la notion de gestion du risque. La première audience concerne l'enquête sur le cautionnement. Durant l'interrogatoire, l'avocat de la défense va poser différentes questions concernant l'endroit où habite la personne accusée et tenter de démontrer que sa cliente est capable de payer son logement, qu'elle a une adresse et que par conséquent elle sera en mesure de respecter les conditions émises par le juge. Quant à l'avocate de la Couronne, ses questions cibleront plutôt la médication et le suivi médical de l'accusée. On peut déjà noter par le discours de la poursuite que l'avocate tente de dresser un lien entre dangerosité et problème de santé mentale. Ceci étant dit, bien que les réponses de Madame soient confuses, l'avocat de la défense rappelle que « c'est à la Couronne de faire la preuve qu'elle ne peut pas retourner chez elle » :

> JUGE : Est-ce qu'on détient quelqu'un parce qu'elle n'est pas socialement parfaite ? Elle est capable de répondre aux questions.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Le risque de récidive est présent, surtout dans son discours [...]. On pose des questions simples et Madame répond dans tous les sens, décousus, c'est là où est le problème. [...] Ce sont des faits inquiétants, bizarres, des comportements bizarres. J'ai des doutes que Madame ait un suivi actif et prend sa médication.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On ne détient pas des gens parce qu'ils sont bizarres. De nouveau, ma collègue parle des gestes du 29 [...] où il n'y a pas d'accusations.
>
> A. C. : Vous dites quoi au fait qu'elle fait une dépression ? Prend-elle une médication ?
>
> A. D. : C'est pas parce qu'elle est malade...
> A. C. : Nous ici au PAJ...
> A. D. : Madame est peut-être malade, mais elle est capable de comparaitre.

Le juge décide alors d'ajourner l'audience et de la remettre au lundi suivant afin que la dame puisse fournir au tribunal une adresse « satisfaisante », bien que l'avocat de la défense ne juge pas cela utile. La dame restera ainsi détenue quatre nuits de plus. Le jour de sa nouvelle comparution, son fils, qui devait venir témoigner à l'effet que sa mère demeurera chez lui, n'a finalement pas été en mesure de se libérer de son travail. Il n'y aura donc pas de témoin :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Parce que Monsieur [le fils de Madame] n'est pas ici, même s'il a peur de perdre son emploi… Je ne pense pas que Madame pourra respecter les conditions.
>
> [Le juge réfléchit longuement.]
>
> JUGE : Est-ce que Madame a un médecin ?
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
> J. : C'est qui ?
> P. A. : C'est X [nomme son médecin].
> J. : C'est quand la dernière fois que vous l'avez vu ?
> P. A. : La semaine passée.
> J. : À quelle fréquence vous avez des rendez-vous ?
> P. A. : Une fois par an. Il me prescrit mes médicaments.
> J. : Vous ne le voyez pas plus que ça ?
> P. A. : Non, une fois l'an.

Bien que le juge affirme que la remise en liberté[58]. soit la règle, les garanties qu'offre la dame ne lui paraissent pas suffisantes. De plus, les « propos étranges » que l'accusée

---

[58] Une personne accusée peut demeurer en détention si la Couronne est capable de démontrer que la détention : garantit la comparution de la personne accusée; protège les victimes et le public en général; préserve la confiance du public envers l'administration de la justice.

a tenus, pour reprendre les termes du juge, renforcent sa croyance qu'elle ne pourrait pas respecter les conditions émises :

> JUGE : Le tribunal doit décider de la remise en liberté [...]. On doit se guider selon la prescription du Code criminel [...]. Dans les cas qui plus difficiles à trancher, après la preuve que le tribunal a reçue, la décision doit se faire en fonction de la preuve et des garanties offertes. Votre avocat a raison de dire que la liberté est la règle [...], par contre, les garanties ne sont pas suffisantes pour conclure que vous pourriez vous représenter devant le tribunal. [...] Je considère que cette adresse [fournie par la personne l'accusée] n'est pas fiable dans les circonstances. Je tiens aussi compte des propos... de ce que vous allez faire exactement. Vous parlez d'aller en Ontario [...]. On n'a pas d'indication qu'on pourrait vous retrouver. Dans l'état psychiatrique que vous êtes actuellement, vous n'êtes pas en mesure de respecter les conditions. Les propos sont plus que troublants, les attitudes aussi. En vertu des critères, par exemple, de ne pas nuire à la liberté et du fait que vous avez refusé de rencontrer le médecin [...], ce qu'on cherche, c'est de trouver des solutions et enligner les bonnes choses pour vous.

Dans le prochain exemple illustrant ce premier profil de personnes accusées, on suit un homme à travers sept audiences. Les extraits démontreront de quelle manière les conditions émises par le tribunal peuvent venir alourdir et complexifier la trajectoire judiciaire d'une personne.

La première audience a lieu le 1er avril. Monsieur est à ce moment détenu et représenté par un avocat de l'aide juridique. Il se présente devant le juge : il se tient debout devant la paroi vitrée et regarde attentivement le microphone qui descend du plafond. Monsieur aperçoit ses parents dans la salle et les salue. L'accusé est agité. Dès le début

de l'audience, la procureure de la Couronne annonce à la cour qu'il y a objection à sa remise en liberté et demande qu'il soit transféré à l'aile santé. Monsieur quitte.

Quelques jours plus tard, on apprend que Monsieur a été libéré et transféré directement à Toxi-co-gites pour un traitement de la dépendance. Or, le 14 avril, Monsieur a été renvoyé du centre puisque son comportement[59] allait à l'encontre des règlements de la maison de thérapie. Lors de la deuxième audience, Monsieur est présent dans la salle. On lui demande de venir à l'avant, devant le juge :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur a 5 dossiers et il faut déterminer le plan pour Monsieur.
>
> JUGE : Est-ce qu'il en reste [des options pour aider monsieur] ?
>
> A. C. : Ben, c'est un peu ça. On va ordonner une détention jusqu'à lundi.

Une fois que le juge a entériné la suggestion de la Couronne, Monsieur se lève, un policier le suit et lui met les menottes et, ensemble, ils quittent la salle R-10 pour la détention. Son avocat demande au juge s'il est possible de faire une recommandation pour l'aile santé.

Pour sa troisième audience, Monsieur fait son entrée dans la salle et semble un peu plus calme que la dernière fois. Rapidement, la procureure dresse une liste des accusations :

---

[59] Monsieur aurait déféqué un peu partout dans le centre.

le 24 novembre, Monsieur brise ses conditions parce qu'il se rend dans des rues lui étant interdites et est aussi accusé de ne pas avoir gardé la paix et eu une bonne conduite ; le 5 février, Monsieur est de nouveau accusé de ne pas avoir respecté son quadrilatère, gardé la paix et eu une bonne conduite ; le 11 février, les mêmes accusations sont portées une troisième fois ; le 22 mars, le scénario se répète et Monsieur est retrouvé couché sur le quai d'un métro, à l'intérieur de son quadrilatère :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Évidemment, il a des problèmes d'itinérance, de santé mentale où il y a des suivis médicaux. Il a été remis en liberté pour une thérapie à Toxi-co-Gîtes. Il a été ramené parce qu'il faisait ses besoins partout. C'était difficile.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Monsieur a des antécédents. Tout avait commencé par une action indécente. A déjà fait de la prison et a une ordonnance de probation. On va suggérer une peine de 14 jours qui a été purgée. Et le fait de faire une probation nous donne rien.
>
> JUGE : [à la personne accusée] Je vais suivre la suggestion, mais vous ne devez pas aller dans le quadrilatère.

Le 4 mai, Monsieur est de retour à la cour. Cette fois, la procureure s'oppose à sa remise en liberté. Il semble que la détention est inévitable :

> PERSONNE ACCUSÉE : Est-ce que je peux parler ?
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Pas maintenant, il y a beaucoup de choses à faire.
>
> P. A. : Est-ce que je peux parler maintenant ?
>
> A. D. : J'ai un problème de conscience, vous ne voulez pas aller à l'aile santé.
>
> P. A. : Non, je ne veux pas.
>
> JUGE : C'est mieux pour vous d'y aller. Là-bas ça va être mieux.

La fin de l'audience sera particulièrement troublante : les acteurs du tribunal refusent d'écouter l'accusé sous prétexte que rien ne va changer concernant sa situation : il va demeurer détenu. Le 12 mai, Monsieur revient devant le juge pour son enquête sur le cautionnement. L'équipe mixte en itinérance (EMRII), composée d'intervenants et de policiers, est aussi présente. Une remise en liberté sous caution est décidée :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On va encore réessayer avec Monsieur. C'est un bris de quadrilatère.
>
> JUGE : [à la personne accusée] Vous comprenez, si vous ne respectez, vous allez être de retour.

On impose à Monsieur les conditions suivantes : garder la paix et avoir une bonne conduite, demeurer au X [nomme une ressource], se présenter vendredi prochain au bureau pour rencontrer son psychiatre, ne pas consommer d'alcool ni de drogues et ne pas avoir d'arme. Son avocat lui donne deux billets de taxi : un pour se rendre chez lui et un autre pour son rendez-vous avec le psychiatre. L'accusé doit revenir en cour le 7 juin.

Au moment d'entrer dans la salle d'audience pour sa nouvelle comparution, Monsieur éructe bruyamment, salue le juge et mentionne que « ça va bien ». Déjà, la procureure de la Couronne prédit que la trajectoire de Monsieur sera longue et complexe :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On va reporter au 29 août, mais les dossiers ont été devancés. Dans son cas, il a été rencontré et on va poursuivre le suivi. Ça va être un long processus. On suggère un retour le 2 août.
>
> JUGE : Continuez à faire ce que vous devez faire.

Le 17 juin, Monsieur est de nouveau arrêté et gardé en détention : il a encore une fois brisé les conditions concernant le quadrilatère à éviter et la consommation d'alcool ou de drogues :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On va disposer l'ensemble des 5 dossiers. Toujours des questions de bris de quadrilatère et de ne pas avoir le droit de consommer. Les policiers le connaissent bien et nous aussi, ici. Il est sous ordonnance de traitement et d'hébergement. La science ne réussit pas à l'aider.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur fait toujours la même chose : quête et se couche par terre, parce que ça fait plus pitié. Monsieur a donc une accusation de gêner la voie publique.
>
> JUGE : En flânant, vous avez pas gardé la paix et eu une bonne conduite.
>
> A. C. : Monsieur était couché sur la voie publique et demandait de l'argent. Monsieur a une autre accusation le 15 juin. Il ne devait pas consommer d'alcool ni de drogues [il aurait été vu s'injectant de la drogue sur la rue Laval]. Donc bris de probation. Dans tous les dossiers : 30 jours. C'est assez récent, on va pas demander une probation.
>
> A. D. : On est à la limite, il y a des ordonnances, on a déjà essayé une thérapie. La prochaine étape, c'est 60 jours et l'ordonnance d'un rapport neurologique. On a respecté la gravité [dans la proposition de la sentence]. Tous les policiers connaissent vos conditions. Ils vous donnent des chances. Dans certains dossiers, il y a eu 20 chances.
>
> J. : Donc 30 jours, ça suit la gradation et la prochaine fois, cela sera de 60 jours.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Je ne peux pas payer pour sortir ?
>
> A. D. : Non.

On voit par les extraits présentés que les conditions émises s'inscrivent dans une logique punitive. En effet, dans la grande majorité des cas où la personne accusée a dû se présenter devant le juge, c'était pour une question de non-respect des conditions de

probation. Or, Monsieur est dans une situation complexe : bien qu'il ait une adresse, certaines périodes de sa vie semblent marquées par l'itinérance, et sa consommation de drogues est importante. Les conditions rigides qui lui sont imposées ont des répercussions directes sur sa trajectoire judiciaire, entrainant de nombreux allers-retours entre son milieu de vie et la cour et surtout des périodes de détention. De façon fort intéressante, les propos des acteurs judiciaires évoquent les limites du système judiciaire à aider les personnes accusées d'un délit et ayant un problème de santé mentale. Les limites des sciences médicales sont aussi soulignées par l'expression « la science n'a pas réussi à l'aider ». Comme rien ne fonctionne dans son cas, il doit aller en détention.

Le prochain cas concerne aussi une personne qui a dû se présenter plus d'une dizaine de fois devant le tribunal de santé mentale, pour finalement retourner au tribunal « régulier » et recevoir une sentence de détention importante. Les extraits mettent également l'accent sur les difficultés rencontrées par les familles des personnes accusées, surtout lorsqu'elles sont les victimes aux dossiers, ainsi que sur les problèmes sociaux complexes entourant certaines accusations. En effet, il n'est pas rare de retrouver, outre les problèmes de santé mentale, un enjeu concomitant d'itinérance ou de toxicomanie.

Le jeune homme qui est accusé se présente pour une première fois devant le juge du tribunal de santé mentale ; il est détenu et en attente d'une évaluation qui déterminera s'il peut ou non intégrer un centre de désintoxication. Les avocats décident alors de rapporter la séance au lendemain.

Comme convenu, l'homme se présente à nouveau le lendemain. Au début de la trentaine, il est plutôt maigre et vêtu d'un simple t-shirt. L'évaluation du centre est positive : il est accepté et pourra ainsi intégrer la ressource dès sa sortie de l'audience. De plus, Monsieur devra respecter une série de conditions : garder la paix et avoir une bonne conduite, respecter un rayon de 200 mètres du domicile de X et Y [ses parents] ainsi que de Z [sa sœur] de même qu'un rayon physique de 200 mètres de ces personnes. Monsieur devra aussi être remis entre les mains d'un représentant de Toxi-co-Gîtes dès sa libération, rester au centre 24 heures sur 24, intégrer et suivre la thérapie, respecter les règlements de l'organisme, ne pas consommer d'alcool ni en acheter, ne pas se retrouver dans un bar et ne pas avoir d'arme.

> PERSONNE ACCUSÉE : C'est simplement, ce qui a causé ma perte [la détention], ce que j'ai besoin se trouve chez mes parents.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : Non, selon eux, vous n'avez plus rien.
>
> P. A. : De qui vous tenez cette information ?

Monsieur continue de parler : il veut savoir où est sa carte de crédit. Son avocat lui explique que les conditions ne sont pas négociables et que ses parents n'ont plus ses effets personnels. La cause est reportée dans trois mois. Or, une dizaine de jours plus tard, Monsieur est de nouveau détenu : il aurait communiqué avec un membre de sa famille. Son avocat demande une évaluation de sa responsabilité criminelle :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On le connait bien, c'est plutôt au niveau du trouble personnel.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : C'est pas la prison encore, je suis suivi à LHL, je sors de thérapie, mes affaires sont là.

> [L'avocate de la Couronne rappelle à la personne accusée qu'il lui est interdit, sous quelconque manière, de communiquer avec ses parents et sa sœur.]
>
> P. A. : J'en peux plus de la prison, de Bordeaux, de RDP [Rivière-des-Prairies]. [Il répète cela plusieurs fois, sans toutefois que personne ne l'écoute].

Un mois plus tard, Monsieur est de nouveau détenu. La Couronne s'oppose à sa remise en liberté. Monsieur a un nouvel avocat.

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur est particulièrement nerveux et vulnérable.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Je suis particulièrement d'accord avec vous et surtout pour Monsieur.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Je vous en prie, dans l'état que je suis…
>
> JUGE : Parce qu'il y a objection, on va revenir lundi, R-40 [le tribunal régulier].
>
> A. C. : Non, R-10.
>
> J. : Ah, vous souhaitez le garder !
>
> P. A. : J'aimerais aller dans une ressource, j'ai subi plusieurs sévices, j'en peux plus.
>
> J. : Recommandation à l'aile santé, comme l'a expliqué votre avocat. Quand il y a objection, on ne peut rien faire.
>
> P. A. : S'il vous plait, s'il vous plait, s'il vous plait, j'ai tout perdu !

Monsieur quitte la salle en criant et en pleurant. L'avocat de la défense mentionne qu'il est en attente pour savoir si son client pourra intégrer une thérapie de 15 jours. Il soutient qu'« une ressource serait plus adaptée qu'une détention pour ses problématiques ».

Pour cette nouvelle audience, il semble que Monsieur a beaucoup maigri. Il signe une feuille de consentement permettant aux agentes de liaison du tribunal de continuer les démarches :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Des démarches sont entreprises pour voir s'il y aurait une ressource spécialisée venant en aide à Monsieur. On a besoin de plus de temps. On demande de reporter les dossiers à mercredi.

Avant de quitter, l'avocate de la Couronne rappelle à l'accusé l'interdit de contact avec ses parents et sa sœur, et ce, même durant la détention. L'avocat de la défense, pour sa part, refait une recommandation pour l'aile santé et se montre rassurant envers son client :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On va tenter de trouver une solution.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Là-bas je suis traité horriblement, ma médication n'est pas suivie, j'arrête pas d'essayer d'en parler.
>
> JUGE : Je peux juste faire une recommandation à l'aile santé.
>
> P. A. : Vous êtes ma seule chance. Ils me laissent dans une cellule. Je veux juste témoigner.
>
> J. : Ma juridiction est assez limitée.
>
> P. A. : Je suis avec un type en phase terminale, il crache du sang. Ce n'est pas un climat convenable.
>
> A. D. : On le sait, on travaille là-dessus.
>
> J. : Il y a une limite que je peux faire. Vous ne savez pas, parce que vous n'écoutez pas. Je suis limité.
>
> P. A. : J'ai pas de brosse à dents, pas d'oreiller.
> J. : Demandez à votre avocat, pour voir ce qu'il peut faire.
> P. A. : Faut de l'argent, j'ai besoin de survivre. Vous m'empêchez de communiquer.

Le lendemain, Monsieur revient devant le juge pour son audience, qui sera très rapide :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Des démarches sont entreprises pour des programmes spécialisés, c'est plus compliqué.
>
> JUGE : À quel stade ?
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : À l'enquête caution, on reporte tout à mardi prochain.
>
> A. D. : [à la personne accusée] On tente de trouver une solution, pas une thérapie fermée. On ne peut pas trouver une chambre dans 24 heures et peut-être que les avocats de la Couronne, peut-être qu'ils vont vous laisser partir [une fois que la ressource sera trouvée].
>
> [La personne accusée demande si c'est possible d'aller dans un autre endroit, mais personne ne semble réellement l'écouter.]
>
> JUGE : Donc vous renoncez aux délais ?
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Oui.

Finalement, en fin d'audience, le juge se tourne vers le jeune homme et lui mentionne que l'équipe tente de trouver une solution pour le libérer. Monsieur repart vers la détention.

Monsieur revient en cour. On rappelle que, pour la grande majorité des accusations, Monsieur n'a pas respecté ses conditions :

> AVOCATE DE LA COURONNE : On accepte de vous remettre en liberté, mais c'est la dernière chance, vous comprenez ?

Monsieur reçoit une série de conditions à respecter : garder la paix et avoir une bonne conduite, respecter les règlements de la ressource et suivre les recommandations de l'équipe. Il lui sera toujours interdit de communiquer avec ses parents et sa sœur, de pénétrer dans un rayon de 200 mètres de leur domicile ou de leur lieu de travail de même que dans un rayon physique de 200 mètres avec eux. Monsieur devra aussi se présenter dès sa libération (on lui remet un billet de taxi) à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. L'avocate de la Couronne le prévient que s'il n'y va pas, l'hôpital avisera la cour qui lancera alors un mandat. Enfin, Monsieur devra entreprendre un suivi avec X [nom de son médecin] à l'IUSMM, suivre les recommandations de son équipe traitante, prendre la médication comme prescrit, ne pas consommer d'alcool ni de drogues, ne pas en acheter, ne pas se retrouver dans un endroit où l'on vend de l'alcool sauf pour y prendre un repas et ne pas avoir d'arme.

> JUGE : Avez-vous des questions ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Non, c'est clair.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Donc c'est votre responsabilité de vous représenter ici, par vous-même. On demande de libérer Monsieur le plus tôt possible, s'il vous plait. La ressource vous attend.

Une dizaine de jours plus tard, Monsieur est de nouveau arrêté et fait face à de nouvelles accusations pour ne pas avoir respecté ses conditions. Au total, Monsieur a cinq dossiers regroupant une douzaine d'accusations pour non-respect des conditions de probation. L'avocate de la Couronne informe la cour que Monsieur était un peu plus tôt dans un état de désorganisation et qu'il se disait insatisfait de la situation. La procureure propose de reporter la séance au début de la semaine suivante. Lorsque Monsieur se présente devant le juge, il est très amaigri et déclare : « J'en peux plus, j'ai

plus d'argent. Vous êtes ma seule chance. » Son enquête sur le cautionnement est remise au lendemain. Monsieur repart pour la détention en criant « Aidez-moi ! »

Comme prévu, une nouvelle audience est tenue le jour suivant pour deux nouvelles plaintes, pour un total de sept dossiers concernant tous le non-respect de conditions. Avant que Monsieur arrive dans la salle, son avocat mentionne qu'il a expliqué à son client qu'il était dans son droit d'avoir une enquête sur le cautionnement tout en précisant qu'il ne croyait pas que cela pouvait durer longtemps. D'ailleurs, l'avocate de la Couronne n'était pas favorable à la procédure. Monsieur est maintenant détenu depuis cinq jours.

Monsieur est assermenté et l'enquête débute. Son avocat lui rappelle que ce n'est pas son procès, mais bien l'enquête à l'issue de laquelle le juge devra décider de sa remise liberté. L'avocat lui demande tout d'abord s'il sera en mesure de respecter ses conditions, parce que l'ensemble des accusations qui pèsent contre lui sont des cas de non-respect des conditions, ce qui tend à démontrer au tribunal qu'il n'en est pas capable :

> PERSONNE ACCUSÉE : Tout ce que je cherche, c'est de respecter les conditions où je pourrais avoir de l'aide sociale.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Où habitez-vous ?
>
> P. A. : À l'Intervalle ou à la Maison du père.
>
> A. D. : Avez-vous entrepris des démarches ?
>
> P. A. : De l'aide sociale pour retrouver ma dignité. En aucun cas j'enfreindrai mes conditions. Je veux retrouver ma dignité, un fonctionnement au quotidien. S'il vous plait, offrez une chance au citoyen que je suis. Et avec les promesses que me livrent mes études, me

> rendre dans une ressource plutôt que de retourner dans le système judiciaire. Si vous aviez la clémence…
>
> A. D. : Monsieur a plusieurs causes pendantes. Avant 2015, il avait 2 bacs, une maitrise, il est doctorant. Il n'a pas d'antécédents judiciaires. Je vais laisser tout à votre appréciation.
>
> JUGE : Je suis convaincu que si j'impose des conditions il va les briser. Je ne connais pas la base. Il mérite d'être traité dans les courts délais.
>
> P. A. : Votre honneur, j'ai une dernière chance à vous demander. Je voudrais aller dans une ressource, vous ne voyez pas dans quel état je suis. Je dois me refaire une santé.

À la fin de l'audience, le juge décide de repousser le dossier à une date ultérieure. Entretemps, l'accusé restera détenu. Une autre décision importante est prise concernant la trajectoire judiciaire de Monsieur : ses dossiers seront transférés au tribunal régulier. En effet, il semble que les acteurs se soient entendus afin que les accusations du jeune homme ne soient plus traitées par le tribunal de santé mentale. On peut toutefois se questionner sur les raisons qui expliquent qu'une personne présentant des problèmes complexes soit retournée au tribunal régulier. Parce que le justiciable ne respecte pas ses conditions ? Parce que le tribunal a atteint « sa limite » ? Or, le tribunal de santé mentale n'est-il pas justement mis en place pour ces personnes ? Nous notons la date d'audience de Monsieur afin de connaitre la suite des évènements.

À la date prévue, Monsieur fait donc son entrée dans la salle R-20 de la cour municipale de Montréal. Monsieur parait encore plus amaigri, ses yeux demeurent fermés pratiquement tout le long de sa comparution. Ses parents et sa sœur sont présents. Tout au long de l'audience, les membres de sa famille demeurent serrés les uns contre les autres et se tiennent la main. Parfois, le père prend sa tête entre ses mains. Il regarde par terre, vers les murs de la salle, mais jamais en direction de son fils.

Le juge doit décider de la sentence de Monsieur. L'avocate de la Couronne exige six mois de détention et demande de compter 80 jours de garde préventive. Le juge et les avocats font différents calculs :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Le mandat que j'ai : mon client veut le plus court. Moi, je trouve que c'est OK [la proposition de la Couronne]. C'est une histoire un peu triste. Il s'agissait d'un étudiant au doctorat, il a des troubles de santé mentale, il a eu une grosse dérape. Il fait toujours des bris de conditions de se présenter chez ses parents. Je sais que la prison n'est pas la meilleure chose.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : J'ai pas un sou, j'ai rien à manger, j'ai aucun vêtement, la médication n'est pas bonne.

Au final, Monsieur reçoit une sentence de 129 jours de détention, moins le temps passé en détention préventive, avec une probation de deux ans. Bien que l'avocat de la défense reconnait que la « prison n'est pas la meilleure chose », le jeune homme ira en détention pour une longue période. L'accusé quitte la salle. L'avocat explique sa position :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur a passé 32 jours en garde préventive, plusieurs évaluations sur sa responsabilité et son aptitude. Depuis plusieurs mois, Monsieur cumule beaucoup de dossiers, beaucoup de choses ont été tentées. Mais Monsieur revient toujours. Je crois qu'il y a un message clair qui doit être envoyé.

Une fois que son temps de détention sera écoulé, on peut toutefois s'interroger sur ce qu'il adviendra du jeune homme et surtout si les soins qu'il pourra obtenir en détention seront adéquats.

En somme, le premier profil illustré concerne les individus considérés délinquants et se distingue par la perception de la dangerosité et du risque social qu'ils représentent aux yeux des acteurs du tribunal de santé mentale. À travers de nombreux extraits d'audiences, on a observé dans le discours des acteurs judiciaires, surtout celui du juge et de l'avocate de la Couronne, l'importance qui était accordée à la punition - et non simplement à la sentence - et au contrôle des personnes accusées par l'imposition de sentences de détention ou de diverses conditions de probation. De plus, les conditions émises portant sur le risque social semble rechercher davantage à prohiber un comportement : ne pas se rendre sur tel lieu, ne pas communiquer avec telle personne, ne pas consommer d'alcool, etc. Les personnes associées à ce type de profil semblent être considérées comme des êtres rationnels devant assumer les conséquences de leurs actes.

9.4 Le risque mental

Le deuxième profil type qui a émergé des analyses est celui référant aux personnes souffrantes. En effet, si le premier profil mettait en lumière le caractère dangereux et imprévisible des individus, et par extension le devoir de protéger la société, le deuxième profil cible un tout autre visage, soit celui de la vulnérabilité et de la souffrance ; le rôle du tribunal est alors de travailler à répondre aux besoins de ces personnes. Il sera aussi démontré que, contrairement au risque social, ici les conditions visent plutôt à ordonner un comportement : se rendre à l'hôpital, débuter une thérapie, prendre sa médication, etc.

Le premier exemple est particulièrement éloquent : l'agente de liaison verbalise que la personne accusée fait face à une grande souffrance. De plus, elle désire faire une distinction avec les autres personnes accusées : Monsieur « n'a pas un profil de délinquant, c'est un grand malade ». Cette idée que la personne ne représente pas l'image classique d'un délinquant sera d'ailleurs valorisée par les paroles du juge à la fin du passage :

> AGENTE DE LIAISON : J'ai rencontré deux fois Monsieur. Il revient de loin, il souffre de dépression, il a une grande souffrance. Il n'a pas un profil de délinquant, c'est un grand malade. Bon été.
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : C'est un méfait à l'Oratoire. Il a écrit un message sur une dalle. Vu le bon suivi, on demande le retrait.
>
> JUGE : Ça me fait plaisir de vous l'accorder.

Afin de décrire les personnes accusées, les acteurs judiciaires du PAJ-SM utiliseront un vocabulaire précis et sophistiqué faisant appel à une lecture psychiatrique du social :

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Madame a une bipolarité avec une tendance « TPL ». C'était une possibilité de la réintégrer avec la lettre [de son médecin] qu'elle avait. J'ai de bons contacts avec elle.
> AVOCATE DE LA COURONNE : Madame a des démarches à faire avec Dollard-Cormier, faut voir son sérieux.

Or, malgré les bons mots de l'avocat de la défense pour sa cliente, on voit bien dans cet extrait que le doute persiste chez les acteurs : Madame devra démontrer qu'elle est « sérieuse » dans ses démarches en lien avec son traitement à la dépendance.

Le prochain extrait présente le cas d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années contre lequel deux accusations sont portées : entrave au travail d'un policier et voies de fait sur un agent de la paix. Les propos de l'avocate de la Couronne témoignent bien de l'étiquette apposée sur ce deuxième profil de personnes accusées :

> AVOCATE DE LA COURONNE : A intégré en juin 2015 et a un diagnostic de bipolarité. C'est une accusation dont il n'est pas fier. Il prenait sa marche matinale, il passait à travers le quadrilatère [condition liée à une autre cause]. A mis sa main sur le policier. A fait ensuite une thérapie de gestion de la colère de 10 rencontres de 3 heures. Un don symbolique a été fait de 50 $. Le suivi de Monsieur n'a jamais été un problème. Compte tenu du cheminement de Monsieur et de sa situation, on demande le retrait des accusations.

En effet, le discours de l'avocate de la Couronne tend à illustrer que la personne accusée n'est pas considérée comme délinquante, mais plutôt comme souffrante.

L'extrait ci-dessous fait référence à une femme accusée de vol. Puisque cette dernière ne maitrise pas le français et a un anglais limité, une interprète est présente pendant l'audience. Ce qui émerge de la séance, ce sont les propos de l'agente de liaison qui mettent l'accent sur la dépression et la maladie de la femme :

> AGENTE DE LIAISON : J'ai rencontré Madame à trois reprises. Elle est une nouvelle femme, heureuse, elle parle. Elle était très, très dépressive. Elle est mieux, a trois enfants, son mari est là et a toujours été là. Elle a un suivi en psychiatrie et elle est en rémission. Sa médication baisse. Elle comprend bien l'anglais. Elle va débuter le français. Je suis fière d'elle, elle va beaucoup mieux et elle fait du bénévolat.
> JUGE : [à la personne accusée] C'est très positif, continuez dans le même chemin.

> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Donc vous reconnaissez un vol de 66 $ chez Walmart ?
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
> A. D. : L'on va faire une suggestion commune. Elle a été prise en volant de la nourriture et des vêtements.
> A. C. : Considérant qu'elle n'a pas d'antécédents et par ce qu'elle a fait, on suggère une absolution conditionnelle de garder la paix et d'avoir une bonne conduite et de ne pas aller au Walmart pour six mois. C'est une suggestion commune.
> J. : Vous voulez rajouter quelque chose ? Ce n'est pas un piège.
>
> P. A. : C'est arrivé parce que j'étais très malade, je m'excuse.
>
> J. : Après avoir entendu tous les progrès et les faits, je prononce une absolution conditionnelle de six mois avec conditions de garder la paix et d'avoir une bonne conduite et ne pas se rendre au Walmart.

En analysant les propos des acteurs judiciaires, on voit bien la distinction qui est faite entre les personnes dites « souffrantes », « malades » et qui incarnant le visage de la folie et celles qui sont plutôt perçues comme délinquantes, à qui l'on appose les étiquettes de « déviantes », « dangereuses » ou « antisociales ». De plus, on pourrait se demander si, parce que la personne accusée est une femme et mère de trois enfants, les acteurs judiciaires ne font pas une lecture genrée de la situation.

On remarque par l'analyse des discours que les acteurs ont tendance à rattacher les causes des délits commis par les personnes « souffrantes » à certains troubles de santé mentale. Le prochain récit met justement en lumière cette idée. Pour résumer la situation, l'extrait de l'audience concerne un homme accusé de vol dans son lieu de travail. L'avocate de la Couronne est la première à prendre la parole :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Monsieur est dans le programme

> depuis quelque temps, datant de 2013. Monsieur est collaborant, il a une ordonnance de traitement, il n'a pas lieu de continuer.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Voulez-vous plaider coupable au vol chez Canadien Tire ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
>
> A. C. : Monsieur y travaillait. Il a été rencontré par ses employeurs qui ont coupé ses heures. Il a volé dans la caisse.
> A. D. : Il a des antécédents judiciaires qui remontent à loin.
>
> A. C. : C'est vrai que c'est un facteur aggravant de voler son employeur. Or, Monsieur est collaborant, il le dit qu'il ferait les choses autrement. Aujourd'hui, Monsieur a un diagnostic, a un suivi qui était moins là au moment des infractions, ce qui peut expliquer son manque de jugement, si on peut dire.

Au final, le juge ordonnera une suspension de la sentence avec conditions de garder la paix et d'avoir une bonne conduite, de ne pas retourner au Canadien Tire et de ne pas communiquer avec son ancien employeur. De plus, Monsieur devra réaliser 40 heures de travaux communautaires en cinq mois et rencontrer un agent de probation. En fin d'audience, l'avocat de la défense affirme : « Je n'ai pas de doute qu'il le fera, Monsieur veut terminer cela ».

L'extrait suivant présente plusieurs éléments qui méritent attention. Si les aspects liés au risque et à la dangerosité de la personne sont présents, l'accent est toutefois mis sur l'importance de la médication dans la réflexion et le discours des acteurs de la cour. L'audience porte sur le cas d'un homme reconnu apte à subir son procès et qui a comparu la vieille. Il s'agit de son enquête sur le cautionnement. Monsieur a cinq chefs d'accusation portant sur des méfaits et sur des voies de fait sur des membres de sa famille. Selon les dires de l'avocate de la Couronne, sa sœur aurait porté plainte puisque

Monsieur tenait des propos incohérents et se croyait sous surveillance ; elle désire que son frère reçoive des soins. Monsieur aurait aussi eu des comportements violents avec sa mère. Dans les faits, la famille veut que des conditions soient imposées pour se protéger, pas nécessairement pour que des accusations soient portées. Toujours selon l'avocate de la Couronne, Monsieur aurait une cause à la Cour du Québec pour non-respect des conditions. L'avocate invite un agent de l'urgence psychosociale à venir témoigner suite à son évaluation de la condition de Monsieur. Les propos de l'intervenant sont importants puisqu'ils témoignent de la situation sociale et de l'état mental actuel de l'accusé :

> AGENTE DE LIAISON : Monsieur est très coopératif, il a travaillé pendant 10 ans. En septembre, il a mis fin aux emplois par insatisfaction. Demeure chez ses parents, pas de scolarité. A déjà consommé du cannabis, il aurait arrêté. Pas clair si c'est lié avec sa rencontre avec le psychiatre. Pas clair non plus la médication. Monsieur ne veut pas de traitement. Le problème est la méfiance avec des éléments paranoïdes. Il se questionne parfois, parfois doute. Un sentiment étrange d'ambivalence sur la vie de son père. Il fait des liens : la maladie de son père le rend très inquiet. Les éléments paranoïdes sont très présents : méfiance, malveillance. Il se sent menacé, s'en prend à des étrangers. [...] Il faudrait qu'il soit évalué sur la responsabilité, il doit être protégé de sa famille.
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Ce que la procureure a dit c'est vrai, mais un peu exagéré. C'est vrai que j'ai un problème de méfiance.
>
> JUGE : Pourquoi vous voulez y retourner [à la maison] si vous ne faites pas confiance ?
>
> P. A. : Peut-être que c'est un mot trop fort, mais j'habite là. Peut-être que ce n'était pas du poison. Peut-être que c'était de la médication. Si vous voulez que je ne retourne pas chez moi, cela ne sera pas mieux. Mon père a besoin d'être... d'avoir quelqu'un. Je veux régler tous ces évènements, retourner sur le marché du travail [...]. Nous, on ne croit pas de quitter la maison avant de se marier. Mes sœurs n'étaient pas là. Ce sont des choses qu'elles disent. Si vous voulez que je sois suivi, OK, mais je ne crois pas aux médicaments.

AVOCAT DE LA DÉFENSE : Ça va être à Monsieur le juge de décider.

AVOCATE DE LA COURONNE : D'une part, c'est la défense qui a le fardeau. D'autre part, on a un début de quelque chose, Monsieur est méfiant, nous n'avons pas de garantie, pas d'autre adresse. Oui, on est dans le début de quelque chose, mais Monsieur refuse. Monsieur mange du « cannage » pour éviter quelque chose, mais en même temps a confiance en sa mère. Je suggère que Monsieur soit détenu et de faire une évaluation sur sa responsabilité.

J. : [se tournant vers l'avocat de la défense] Alors ?

A. D. : Rien à rajouter.

P. A. : Quelles garanties ?

J. : Ceci est particulièrement troublant et inquiétant, les actes violents. Je sens chez vous et ce qui est confirmé par les professionnels, je sens une grande méfiance. Empoisonnement dont vous auriez été victime et votre père. Et aussi la tentative de récupérer une certaine partie de votre témoignage et une partie de manipulation. Aussi, vous n'avez pas de projet [...], vous êtes totalement inactif, en attente. Comme l'avocate de la Couronne l'a mentionné, on peut agir en amont avant que des évènements regrettables se passent. Vu le bris, vu la cause pendante, vu la nature sérieuse, vu l'absence de plan réaliste et alternatif à proposer au tribunal et pour la protection, je rejette la requête et parce les faits qui m'ont été révélés, j'ordonne une ordonnance de 30 jours.

Un ensemble d'éléments se dégage des échanges entre les avocats, le juge et la personne accusée. Tout d'abord, on note que l'avocate de la Couronne propose de faire une évaluation de sa responsabilité criminelle alors que cette demande peut uniquement provenir de l'avocat de la défense. D'autre part, l'avocate de la Couronne s'appuie sur le discours de l'agente de liaison afin de démontrer que Monsieur représente un risque pour sa famille, mais aussi pour lui-même. Par exemple, les termes employés par l'avocate, « oui on a un début de quelque chose », témoignent de la perception de ce risque.

Le prochain extrait est intéressant puisqu'il s'agit d'une cause concernant la responsabilité criminelle d'une personne accusée ayant deux dossiers pour un total de sept accusations liées à des vols, à des méfaits et à des menaces :

> JUGE : Le rapport est très complet. Ça va mieux, Monsieur ?
> PERSONNE ACCUSÉE : C'est une longue rémission.
> J. : Vous en avez fait beaucoup. Vous pouvez être fier de vous.
> P. A. : Mais il en reste beaucoup.
> J. : Une journée à la fois.
> P. A. : Je voudrais retourner à l'emploi.
> J. : Vous avez quel âge ? Vous êtes tout jeune.
> P. A. : 30 ans.
>
> J. : Ah, tout jeune !
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Donc, pour mettre fin au vol de portefeuille au gym…
>
> AVOCATE DE LA COURONNE : On demande le retrait des autres accusations.
>
> A. D. : Il admet le méfait.
>
> A. C. : Demande le retrait pour les autres chefs. Donc, on admet le rapport pour non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux avec comme conditions de demeurer au X [nomme une adresse], d'aller au TAQ sur demande, de continuer le suivi avec le CIUSSS, de suivre les recommandations de votre équipe traitante, de prendre la médication telle que prescrite et de pas consommer de drogues.

On voit aussi apparaitre, à travers les récits des acteurs, leur perception de l'utilité et de la pertinence du programme pour améliorer le bien-être des personnes :

> AVOCATE DE LA COURONNE : C'est un jeune homme qu'on suit depuis octobre 2015. Au moment des évènements, Monsieur avait une dépression, faisait de l'insomnie, c'était une période difficile. Il avait cessé la médication. Depuis notre aide, on pense qu'il a repris le contrôle sur sa vie, le cégep. Il veut devenir psychologue. Il a commencé une

> thérapie pour travailler l'anxiété. Il va continuer au CLSC. A fait un don de 200 $ à Centraide et a une attestation de suivi [de son équipe traitante].
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : Ma collègue a fait une bonne synthèse. Monsieur a un trouble anxieux, c'est un bon étudiant. Ma collègue a raison de dire que le PAJ l'a remis sur les voies. Son père l'accompagne aujourd'hui.
>
> JUGE : [à la personne accusée] Avez-vous quelque chose à rajouter ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Non.

Le juge conclut l'audience en indiquant que, malgré le facteur aggravant du vol de l'employeur que monsieur fait face, les représentations des différentes parties de même que le discours de la personne accusée l'ont convaincu d'accepter la suggestion commune, soit de retirer les accusations.

Cette idée de devoir soigner et traiter les personnes accusées plutôt que de les punir semble bien ancrée dans le discours de certains acteurs du tribunal. Le prochain extrait raconte l'audience d'une dame détenue et représentée par l'aide juridique. Elle est accusée d'avoir commis un vol de 25 $ de bière et de viande dans une épicerie :

> AVOCATE DE LA COURONNE : Madame a été collaborante.
>
> JUGE : [à la personne accusée] Vous admettez [les faits] ?
>
> PERSONNE ACCUSÉE : Oui.
>
> A. C. : C'est une dame qui a un certain nombre d'antécédents, elle a déjà fait 11 jours de préventif. On suggère un jour, vu la nature de ce qui a été volé et que Madame a un problème de santé mentale. On est inquiet. Ça serait bien si on pouvait la référer, si elle pouvait aller à l'hôpital, Et on a pas d'adresse.
>
> J. : Par vous-même, allez-y [à l'hôpital].

> A. C. : Plus une probation d'une année et de ne pas de retourner à X [lieu du vol] et de garder la paix et d'avoir une bonne conduite.
>
> J. : Je prends en considération les jours préventifs, les antécédents et les représentations. Que vous reviendrez plus, promis ? Et que vous allez retourner à l'hôpital. Temps fait.
>
> AVOCAT DE LA DÉFENSE : On veut pas vous revoir et il faut aller à l'hôpital.

On constate dans cet extrait que les acteurs de la cour insistent sur le fait que la personne accusée doit se rendre à l'hôpital afin de recevoir les traitements appropriés.

Enfin, il est arrivé à de nombreuses reprises qu'on interroge la personne accusée sur le type de médication prescrit, sa dose, sa fréquence, et plus largement sur les services en santé et les services sociaux reçus. Cela est étonnant considérant qu'il s'agit d'informations confidentielles et que les audiences sont publiques. Il importe ici de voir au respect de la vie privée des personnes intimées.

En somme, le deuxième profil dégagé met en lumière le fait que les acteurs judiciaires sont sensibles aux inégalités sociales et aux difficultés psychosociales vécues par les personnes considérées malades et vulnérables ; ils adaptent leurs pratiques afin de répondre aux besoins particuliers de ces personnes.

*****

Ce chapitre a permis de mettre en évidence deux profils distincts qui caractérisent les personnes qui se retrouvent devant le juge. Bien que l'ensemble des personnes interpelées par le tribunal de santé mentale ont un diagnostic lié à un problème de santé mentale ou sont réputées en avoir un, toutes ne reçoivent pas le même traitement judiciaire en lien avec cet enjeu.

Le premier profil regroupe les personnes dont les caractéristiques laissent croire à un risque pour la population générale. Le tribunal doit s'efforcer de minimiser ces risques. Le cas des personnes correspondant à ce profil est traité sous le prisme de la délinquance, en fonction du niveau de dangerosité sociale perçu ou réel qui leur est attribué. Les extraits de récits présentés ont mis l'accent sur cette idée que le tribunal devait sanctionner leurs écarts de conduite. Ces personnes, si elles ont transgressé la loi, sont considérées l'avoir fait de manière délibérée.

Pour ce qui est de la deuxième catégorie de personnes accusées, les acteurs judiciaires semblent plus cléments : on doit les aider et les soigner parce qu'elles sont souffrantes. Les alternatives proposées par le tribunal témoignent de la reconnaissance des inégalités et des difficultés psychosociales qu'elles vivent. Alors que pour le premier groupe les pratiques du tribunal de santé mentale étaient axées sur la dangerosité, ici elles visent plutôt les besoins des personnes. On a aussi constaté que les frontières entre le rôle des avocats de la défense et celui des procureures de la Couronne étaient plutôt floues : finalement, il n'y a que très peu de divergence quant au regard posé par les uns et les autres sur les justiciables.

Un ensemble de conditions et de contraintes sera toutefois imposé à la plupart des personnes accusées, et ce, peu importe le profil qui lui est rattaché. Bien entendu, les types de contraintes, eux, ne sont pas indépendants du profil des personnes, oscillant pour les premières du côté du contrôle et de la répression (on prohibe un comportement) et, pour les deuxièmes, du soin et du traitement (on ordonne un comportement). De plus, on peut émettre l'hypothèse que les profils ne sont pas mutuellement exclusifs, dans le sens où une personne peut passer d'un profil à l'autre en fonction des conditions sociales, matérielles, médicales et psychologiques dans lesquelles elle se retrouve.

En somme, il apparait évident que les perceptions, préjugés, connaissances et idées que les acteurs judiciaires entretiennent envers les personnes ayant un problème de santé mentale ou même de manière large envers la marginalité sociale, viendront influencer leurs pratiques et les décisions qu'ils prennent dans une situation précise. Bien que la méthodologie retenue pour cette thèse ne soit pas basée sur la conduite d'entrevues auprès des acteurs judiciaires du tribunal de santé mentale, il a été possible de dégager des propos tenus lors des audiences la perception qu'ils entretiennent envers la personne intimée, l'importance qu'ils accordent au traitement — entendre ici la médication — et la valeur qu'ils attribuent aux conduites jugées « responsables ».

CHAPITRE X

VERS UNE SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE THÉRAPEUTIQUE

Le vilain métier de punir se trouve ainsi retourné dans le beau métier de guérir.
— Michel Foucault, *Les anormaux*

10.1 Introduction

Les premiers chapitres ont été la pierre d'assise de la thèse puisqu'ils ont montré de quelle façon les liens entre le droit et la psychiatrie, ainsi que les interventions qui en découlent, s'articulent selon les époques, mais aussi selon la compréhension des causes des problèmes et, plus largement, du rôle de l'État dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes vulnérables, exclues ou marginalisées.

Ce dernier chapitre de thèse se consacre à développer une sociologie de la justice thérapeutique. La première partie de ce chapitre discutera du fonctionnement général du tribunal de santé mentale étudié. Ensuite, en deuxième partie, nous dévoilerons et

documenterons trois sphères qui participent à la construction d'une sociologie de la justice thérapeutique : la triple conformité, la dangerosité ordinaire et les contraintes composites. La troisième section de ce chapitre portera sur la régulation des problèmes sociaux par le tribunal, des fonctions sociopolitiques des tribunaux et plus largement de la transformation des institutions dans la société contemporaine.

10.2 Le fonctionnement des tribunaux de santé mentale

Le mandat du tribunal est, depuis longtemps, de déterminer la culpabilité des personnes et de rendre des verdicts appropriés et justes afin de punir les personnes qui ont enfreint la loi. La réhabilitation est aussi au cœur des différents programmes découlant des ministères de la Justice et de la Sécurité publique du Québec. L'exploration des transformations qui se sont produites dans le système judiciaire a mis en lumière la nouvelle mission confiée aux institutions pénales, soit celle de soigner, d'éduquer et de contrôler les personnes aux prises avec des problèmes sociaux complexes (santé mentale, itinérance, consommation, etc.). De plus, le contexte libéral contemporain témoigne d'un transfert de responsabilité : ce qui était autrefois pris en charge par l'asile, l'Église ou la communauté est maintenant relégué au niveau de l'individu, encadré par des dispositifs éclatés. Le tribunal de santé mentale étudié est un exemple frappant de ces nouveaux dispositifs régis par de nouvelles règles et de nouveaux référents.

La figure suivante décrit le fonctionnement hybride des tribunaux de santé mentale. Il est dit « hybride » puisque les analyses ont démontré que les pratiques des acteurs du

tribunal oscillent entre coercition et bienveillance selon les justiciables et même selon les étapes de leur trajectoire au sein du système de justice.

Figure 10.1 : Le fonctionnement hybride des tribunaux de santé mentale

Pour bien comprendre la figure, il faut la lire comme suit : la ligne du haut représente la perception du risque des justiciables selon les acteurs judiciaires. Suivant les analyses, on postule que le risque se scinde en deux catégories : le risque social et le risque mental. La ligne du bas représente les pratiques des acteurs, qui alternent entre le soin et la punition. Tout dépendant de la manière dont les acteurs perçoivent les justiciables, les pratiques seront adaptées, transformées ou réformées.

Plus précisément, à gauche du continuum, on retrouve les justiciables qui sont perçus comme des délinquants ; le rôle du tribunal est alors de sanctionner les écarts de conduite, car ces justiciables représentent un risque pour le public. À l'autre extrémité, on retrouve les individus qui sont perçus sous le prisme de la maladie et de la souffrance : le tribunal, qui semble beaucoup plus clément envers ces derniers, exerce

sur eux une pression à se faire soigner, voire les y contraint. Ceci étant dit, plus on se rapproche du milieu, plus on se trouve dans une zone grise où s'entrecroisent les pratiques et les logiques des acteurs du tribunal de santé mentale. En somme, cette figure illustre un élément spécifique aux tribunaux de santé mentale, soit l'hybridation des pratiques.

10.3 Le modèle de la justice thérapeutique

Avant de développer un modèle de la justice thérapeutique, il convient de la définir. Dans le chapitre IV de la thèse, il a été mentionné que selon les textes fondateurs des tribunaux de santé mentale, la *therapeutic jurisprudence* — qu'on a traduit par « justice thérapeutique » — est l'hybridation de la psychiatrie et du droit dans le but d'augmenter le bien-être des personnes accusées et ayant des problèmes de santé mentale (Wexler, 1991). Cette définition, bien qu'elle cerne les éléments principaux, ne fait toutefois pas mention du fonctionnement, des limites ou de la portée sociologique de la justice thérapeutique. Nous postulons que la justice thérapeutique désigne plutôt un ensemble de techniques sociales, médicales et judiciaires visant à éduquer, à traiter et à soigner des personnes vulnérables au sein d'un dispositif éclaté et hybride.

Mais pourquoi garder ce thème qui tend à avoir une résonnance plutôt positiviste ? Au moment d'entreprendre les travaux de recherche, aucun terme n'existait dans la littérature francophone. En fait, aucune recherche ne s'était réellement penchée à comprendre, à documenter et étudier la justice thérapeutique. Seulement deux recherches s'étaient attardées au tribunal de santé mentale au Québec, mais sans définir ce qu'il en était (MacDonald et *al.*, 2016 ; Jaimes et Crocker, 2010). Au départ, le terme

avait été traduit mots à mots, pour jurisprudence thérapeutique. Or, il ne s'agit pas ici de jurisprudence, mais bien d'une approche qui postule et définit de nouvelles pratiques dans un contexte judiciaire. Ainsi, le terme justice thérapeutique permet de dégager ses postulats et surtout cette idée forte des tribunaux : soit l'hybridation des pratiques entre le milieu judiciaire et celui de la psychiatrie où l'on désire augmenter le bien-être des personnes accusées. On renforce ainsi l'importance de la psychiatrie dans les pratiques des acteurs du tribunal, où il n'est pas question d'une justice sociale, mais bien thérapeutique.

Le modèle de la justice thérapeutique, on l'a dit, s'insère dans des dispositifs de plus en plus éclatés. Ces structures font écho à ce que Michel Foucault entendait par la notion de « dispositif » :

> [E] nsemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des énoncés règlementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, du dit aussi bien que du non-dit. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments. (2001, p. 299)

Le fil conducteur de cette thèse étant de comprendre, d'explorer et de documenter la portée sociologique de la justice thérapeutique, il est d'abord nécessaire de remettre en question l'idée même de la prise en charge de certains comportements considérés comme déviants. D'où vient cette nécessité d'intervenir et de « prendre en charge » sous l'angle du droit des problèmes complexes relevant davantage du social ?

D'entrée de jeu, la justice thérapeutique s'ancre dans une prémisse particulière : le recours au thérapeutique, dans le champ pénal tout comme dans d'autres, repose sur le postulat que les individus judiciarisés sont des êtres malléables, c'est-à-dire que leurs comportements, attitudes et conduites sont modifiables et transformables. En effet, les différentes interventions qui découlent de cette approche visent à ce qu'ils deviennent des êtres responsables, autonomes, et surtout qu'ils soient en mesure de produire des comportements adaptés aux normes. Le modèle proposé est composé de trois sphères qui ont été dégagées de considérations à la fois empiriques, théoriques, politiques et historiques : la triple conformité,, les contraintes composites et la dangerosité ordinaire. Ce modèle a ainsi le mérite d'intégrer un ensemble large de contextes et de phénomènes permettant surtout de désenclaver les populations étudiées et de mettre en lumière les dynamiques, les transformations et les mutations sociétales qui permettent de les comprendre et de les expliquer.

Qui plus est, ce modèle permet de détourner le regard des études classiques qui s'intéressent principalement aux symptômes, profils ou caractéristiques des personnes vulnérables, voire « dangereuses » qui sont traitées dans le système judiciaire. En effet, le modèle de la justice thérapeutique développé dans cette thèse propose plutôt une compréhension large et transversale des transformations sociales, politiques et juridiques de la prise en charge des personnes « posant problème ».

Figure 10.2 Le modèle de la justice thérapeutique

Dans les prochaines pages, il se sera décrit comment se décline la sociologie de la justice thérapeutique et surtout comment elle organise les rapports de force, gouverne les conduites et détermine le champ d'action des différents acteurs. Comme l'illustre la figure ci-dessus, trois sphères principales participent à une sociologie de la justice thérapeutique :

1. La dangerosité ordinaire, ancrée dans un social contemporain marqué par le biomédical et la sanction des personnes marginales, exclues et vulnérables ;
2. Les contraintes composites, oscillantes entre justice « sanctionnelle » et justice « protectionnelle » ;
3. La triple conformité, selon laquelle les comportements des justiciables doivent être conformes sur les plans social, mental et judiciaire.

La composition de la figure révèle les espaces communs entre les différentes sphères. Ces espaces sont appelés « sphères mitoyennes » et il s'y rattache les différentes pratiques, concepts et éléments clés de la justice thérapeutique. La sphère mitoyenne entre la dangerosité ordinaire et la contrainte se traduit par des mesures punitives ou de soins. En effet, tout dépendant de la perception de la dangerosité et du risque — social ou mental — que représente le justiciable, différentes mesures tantôt punitives, tantôt de soins seront élaborées et révisées tout au long de la trajectoire judiciaire de l'individu. La sphère mitoyenne entre la contrainte et la triple conformité est le lieu où les acteurs judiciaires définissent et travaillent à transformer l'individu déviant en individu conforme. La sphère mitoyenne entre la dangerosité ordinaire et la triple conformité dégage les éléments dits « problématiques » du justiciable. Si on revient à la littérature entourant les tribunaux de santé mentale, on devrait retrouver ici les problèmes de santé mentale, soit ce qui causerait le comportement criminel. Or, nous postulons plutôt qu'à la base des comportements problématiques se trouve la fragilité sociale, corollaire de la vulnérabilité sociale, mentale et matérielle des personnes.

10.3.1 La dangerosité ordinaire

Dans les premiers chapitres de la thèse, on a exposé de quelle manière l'émergence d'une idéologie de la santé mentale et le contexte de médicalisation général ont permis à la psychiatrie de se propager dans une pluralité de sphères allant de l'intime au public. Les divers contextes de vie des personnes accusées sont plus souvent qu'autrement complexes et touchent à un ensemble de problématiques sociales parfois concomitantes : pauvreté, toxicomanie, folie, prostitution, etc.

Les analyses des observations réalisées au tribunal de santé mentale et du discours des acteurs judiciaires ont fait émerger des concepts forts et transversaux. L'un de ceux-ci est le risque. Définir la dangerosité et le risque demeure à ce jour un exercice difficile et périlleux. D'ailleurs, au sortir de la revue de littérature effectuée, ni définition claire de la dangerosité ni indication quant à la nature du danger ou à sa gravité n'avaient été dégagées. En l'absence de consensus, les pratiques des intervenantes et des acteurs clés du tribunal, qui ont un pouvoir de décision souvent lourd de conséquences pour les personnes accusées, demeurent restreintes, volatiles et plurielles. Si cette réalité a été observée dans les analyses de cette thèse, elle a aussi été remarquée dans d'autres contextes. En effet, dans une étude sur les requêtes en autorisation de soins menée par Emmanuelle Bernheim, l'auteure mentionne que « les critères objectifs d'inaptitude et de dangerosité, en raison de leur flou, mais également en raison de ce qu'ils tentent d'objectiver — l'humain — ne réussissent pas à baliser l'intervention judiciaire de manière adéquate » (2011, p. 717).

Ainsi, puisqu'aucune définition de la dangerosité n'est disponible, les acteurs du tribunal se basent non seulement sur la preuve criminelle, mais aussi, et surtout, sur leurs connaissances et leurs préjugés sur les problèmes de santé mentale (Berhneim, 2011). L'évaluation de la dangerosité semble aller au-delà des « garanties » que la personne accusée peut offrir au tribunal en faisant aussi appel à ce que cette dernière projette, à ses attitudes, à ses propos, voire à son allure physique. On peut d'ailleurs rappeler les propos d'un avocat de la défense, lors d'une enquête sur le cautionnement, qui posait cette question fort pertinente : « Est-ce qu'on détient des gens parce qu'ils ont des propos bizarres ? »

La dangerosité ordinaire est celle que l'on veut traiter, réguler et contrôler à travers un ensemble plus ou moins rigide de conditions. Elle est aussi celle qui est perçue au quotidien par les acteurs judiciaires.

10.3.1.1 La fragilité sociale

Dans le premier volet de la thèse, il a été démontré de quelle manière l'évaluation des situations et comportements sous l'angle de la psychiatrie et la multiplication des interventions dans ce domaine ont brouillé la frontière entre le social et le médical. En effet, les données et analyses de la thèse confirment largement cette tendance contemporaine qui appréhende les problèmes sociaux par une psychologisation, une psychiatrisation et une médicalisation du social. Mais à quoi réfère-t-on par ces termes, qui semblent tous décrire un processus similaire ?

Dans un célèbre article de Peter Conrad (1992), la médicalisation est définie comme étant le processus par lequel des problèmes ou des phénomènes non médicaux sont traités et conceptualisés en termes de problèmes médicaux, de maladies ou de troubles. On peut appliquer le même raisonnement pour la psychologisation, où l'on va traiter un problème social sous l'angle individuel. Lors des audiences, on parlait abondamment de traitement, de médication ou de thérapie. Or, dans les faits, il ne s'agit pas de preuves ou d'informations concernant les accusations auxquelles fait face la personne accusée. Cette prégnance du traitement médical marque aussi les conditions émises par le juge.

Sous un autre angle, bien que quelques définitions de ce que l'on entend généralement par troubles mentaux ou problèmes de santé mentale ont été offertes dans le premier volet de la thèse, les analyses portant sur l'identité des personnes interpelées par le tribunal de santé mentale démontrent bien qu'il y a un décalage sur cette question. En effet, la folie telle qu'on semble la comprendre au sein du tribunal étudié réfère à ce que Goffman (1977) nomme des « inconvenances situationnelles » dont le niveau de gravité est variable. La notion de gravité fait écho à la manière dont les troubles ont perturbé ou perturbent les interactions sociales des personnes. La justice thérapeutique s'intéresse ainsi non seulement aux personnes qui ont des diagnostics psychiatriques plutôt traditionnels, c'est-à-dire répertoriés dans le DSM-5, mais aussi à celles présentant des comportements qui « posent problème » : c'est ce qui justifie la pluralité des pratiques, qui oscillent entre soin et sanction. Mais à qui s'adressent vraiment les tribunaux de santé mentale ? Aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ou à celles qui sont vulnérables et vivent dans une situation de précarité mentale, sociale et matérielle ?

Si l'on répond que les tribunaux de santé mentale ciblent les personnes ayant un problème de santé mentale, on pose de front une question beaucoup plus large : « Qu'est-ce que la folie aujourd'hui ? » À cet égard, les travaux du sociologue Marcelo Otero (2003, 2013) sont plutôt riches et fertiles. D'abord, Otero souligne que cette question demeure difficile à répondre encore aujourd'hui puisque comme on l'a démontré dans le premier volet de la thèse, aucune définition des troubles mentaux n'est disponible, et ce, même dans la dernière version du DSM-5. Ensuite, il est difficile de distinguer ce qui relève du « mental pathologique » et du « social problématique ». Enfin, selon l'idée classique de Foucault (2001), « les fous n'existent qu'en société », ce qui pose la question du cadre normatif qui détermine les comportements dits « déviants » et « pathologiques ». Au-delà des nombreux débats, l'auteur parvient tout de même à une définition de « folie civile » qui, pour de nombreuses raisons semble complète :

> La « folie civile » n'est pas un univers unidimensionnel où les disciplines du mental pathologique, perturbé ou déviant, constituent la seule clé pour comprendre ce qui « pose problème », car les dynamiques sociales qui la sous-tendent, la redoublent et la débordent, hier comme aujourd'hui, viennent d'ailleurs : les ratés de la socialisation courante (inégalités sociales, défavorisations sociales, manque des ressources, etc.). (2010, parag. 31)

Les données quantitatives ont aussi révélé cette particularité des personnes accusées au sein du tribunal : au-delà des problèmes de santé mentale, elles sont pour la grande majorité des personnes en situation de pauvreté. À ce sujet, Daniel Fortin s'est posé cette question difficile, mais nécessaire : « Est-ce que les pauvres sont plus malades, et si oui, pourquoi ? » L'auteur démontre que l'insuffisance de revenus et la privation économique peuvent être considérées comme des facteurs favorisant le développement

d'une maladie (Fortin, 1989). Dans le même ordre d'idées, les travaux s'intéressant aux inégalités socioéconomiques ont clairement établi un lien entre de faibles revenus et l'apparition ou le maintien de problèmes de santé physique et mentale, que ce soit des maladies cardiovasculaires, des troubles dépressifs ou anxieux, du diabète ou encore des maladies respiratoires (Collectif pour un Québec sans pauvreté, 2017). Qui plus est, la pauvreté peut aussi être un facteur stimulant ou causant la petite criminalité comme il a été exposé dans cette thèse. En somme, les personnes interpelées par le tribunal de santé mentale sont prises dans un phénomène de double incrimination : celle liée au fait d'avoir commis un délit criminel, et celle liée au fait d'être perçu comme *fou* et souvent en situation de pauvreté.

En somme, il semble que la fragilité sociale influence les pratiques et discours des acteurs de la cour, mais aussi les raisons qui poussent les individus à avoir des démêlés avec la justice. Le concept de fragilité sociale détient ainsi une portée heuristique puisqu'il permet de rentrer en dialogue avec l'ensemble des oppressions et difficultés que vivent les personnes. La fragilité sociale propose ainsi une lecture intersectionnelle critique des statuts pluriels des personnes accusées où va s'entremêler des problèmes judiciaires certes, mais aussi de de santé mentale et physique, de consommation de drogues, de maltraitance, de violence et de difficultés socioéconomiques et matérielles.

10.3.2 Les contraintes composites

Les contraintes composites s'imposent de manière transversale au sein du dispositif étudié : tantôt dans le discours, tantôt dans les pratiques, tantôt dans les sentences ou

les conditions émises par le tribunal. D'entrée de jeu, précisons que veut-on dire par « composite ». Le choix du terme composite témoigne en effet d'une combinaison d'éléments distincts et complémentaires dont les propriétés sont synergiques participant au modèle de la justice thérapeutique.

Comme il a été présenté dans le volet sur les résultats, la contrainte s'entend ici dans son sens large et inclut l'ensemble des activités qui sont réalisées, ordonnées ou recommandées tout au long de la trajectoire judiciaire : suivis médicaux ou thérapeutiques, conditions de probation, procédures, etc. Tous les acteurs judiciaires, et pas seulement le juge peuvent émettre des contraintes. Si la contrainte est souvent claire, rigide et non négociable, elle se présente aussi sous un registre plus flou, dilué, voire pernicieux.

À ce sujet, la professeure Marie-Ève Sylvestre a piloté une recherche des plus pertinentes sur les conditions émises par la cour municipale de Montréal. L'analyse des résultats dresse un constat sur les pratiques de ce tribunal :

> Contrairement aux prescriptions de la Charte canadienne (art. 11e), du Code criminel (art. 515) et de la jurisprudence récente de la Cour suprême du Canada (R. c. Antic), la mise en liberté sans condition est tout à fait exceptionnelle à la Cour municipale de Montréal. Entre 2002 et 2014, seuls 4,7 % des personnes libérées (en excluant les personnes détenues) l'étaient sans condition ou engagement. C'est donc dire que si l'on fait abstraction des personnes détenues dans l'attente de leur procès, 95,3 % des décisions judiciaires prises à ce stade comprenaient l'émission de conditions. (Sylvestre, Duchesne Blonde, Bellot, Fortin et Blomley, 2018, p. 4)

Les résultats et analyses présentés au chapitre VII, qui rappelons-le portait sur les analyses quantitatives, arrivent sensiblement à la même conclusion. Il apparait donc que les procédures déployées dans le dispositif étudié ne visent pas tant à faire appliquer le droit qu'à soumettre les personnes intimées à une série de contraintes débordant largement du cadre judiciaire et s'ingérant dans leur quotidien. Le chapitre sur les analyses quantitatives a aussi révélé un phénomène qui semble gagner en ampleur dans les cours de justice : la capacité du système judiciaire à s'autoalimenter. Autrement dit, le système judiciaire génère des infractions criminelles qui se rapportent à lui-même. Les taux d'accusations liées au non-respect des conditions et au non respect de soumettre à une ordonnance de probation sont révélateurs : on rappelle qu'il s'agit de près de 19 % de l'ensemble des accusations portées lors des audiences qui ont été observations.

L'une des principales cibles de la contrainte réside dans corps, dans la recherche de comportement conforme : on le travaille, le réforme, le déconstruit, le fouille et le documente. D'ailleurs, pour Foucault (1984), le corps est sans contredit la cible de tout pouvoir. De façon plus spécifique, cette tendance se traduit dans les données de la thèse par différentes exigences du tribunal qui se traduisent par une réponse physique : se représenter devant le tribunal, se présenter aux rencontres de suivi avec la travailleuse sociale ou un organisme communautaire, faire du sport, ne pas consommer d'alcool, prendre ses médicaments. L'horaire des personnes accusées est chargé, souvent surchargé, et toujours intrusif. Mais pourquoi contraindre ainsi les personnes ? Est-ce déjà une forme de punition ? Quelle est la manière dont les acteurs du tribunal procèdent afin de redresser les justiciables ? Qu'est-ce que punir ?

Depuis longtemps cette question a été étudiée par des historiens et sociologues rappelant par exemple qu'au moyen-âge la prison n'était pas considérée comme une sentence : ce n'était pas la privation de liberté, mais la faim qui constituait la peine (Geeremek, 1987). Mais quand est-il aujourd'hui, à l'époque contemporaine ? Les raisons pour punir sont tout aussi hétérogènes pour des délits tous aussi différents : des homicides à la petite criminalité à des personnes immigrantes illégales, on va chercher à punir les personnes qui ont contourné les lois applicables au pays.

C'est à Durkheim (1894) que l'on doit l'idée classique que le crime n'existe pas en lui-même, mais bien parce que la société l'étiquette comme tel. Pour le sociologue, le crime tout comme la peine sont inscrits dans les normes collectives. La sanction répond à la croyance que le fautif, celui qui va à l'encontre des lois, doit être puni. Elle serait aussi nécessaire pour protéger la société, mais également pour lui rappeler l'importance de la loi — c'est l'idée d'exemplarité de la peine. La peine devient ainsi une sorte de monnaie d'échange afin de rétablir la primauté du droit tout en reconnaissant l'individu coupable en sa qualité d'être sensé (Berger, 2018). De manière transversale, en combinant les données quantitatives et qualitatives, la nature des interventions s'est révélée : le tribunal utilise des méthodes coercitives afin que les personnes accusées adoptent des comportements attendus et intègrent ou poursuivent un suivi médical, psychiatrique ou thérapeutique.

Il a été exposé, dans les chapitres sur les résultats, de quelle manière le tribunal de santé mentale amenait les personnes accusées à devoir accepter « la main tendue » des professionnels, qui sont représentés comme une aide dans le cheminement pour « aller mieux ». Traduisant ainsi l'hybridation entre la justice et la psychiatrie dans une visée de soin et de sanction, les contraintes thérapeutiques semblent être à la base des

pratiques des acteurs. Si le terme thérapeutique est normalement associé à un mieux-être, la contrainte, elle, est plutôt associée à des éléments négatifs tels que privation, obligation ou encore isolement. L'association de ces deux termes permet ainsi d'illustrer cette hybridation parfois difficile, mais toujours présente dans le fonctionnement du tribunal de santé mentale.

10.3.2.1 Des pratiques hybrides : punir le soin

Globalement, la contrainte permet à différents degrés d'exiger des personnes accusées un comportement, une action ou une prise de décision. L'observation l'a démontré : l'idée de contrainte est prépondérante au sein du tribunal de santé mentale, voire indissociable de son fonctionnement. De surcroit, la contrainte apparait le plus souvent comme étant autorisée, mandatée et légitimée par un idéal thérapeutique.

De proche en proche, la logique de la contrainte devient la règle pour traiter les délits et surtout la récidive. Sont ainsi introduites plusieurs mesures de contrôle qui viennent s'ajouter au suivi judiciaire : prendre des médicaments, suivre les recommandations de l'équipe traitante, compléter un traitement à la dépendance, aller à ses rendez-vous, etc. Punir dans un TSM va au-delà de punir parce que la personne le mérite, parce qu'elle a fait une offense. D'ailleurs, dans les audiences on ne parle que très peu du délit ou encore de la victime. Les acteurs judiciaires tendent surtout à aborder qui elle est (la personne accusée) et qu'est-ce qu'elle fait. On punit aussi de manière moins éclatante, mais à travers un ensemble de conditions et de contraintes. La justice thérapeutique si elle désire faire autrement et différemment, modifie ainsi sa manière de punir qui se traduit moins dans la sentence que pendant le processus. D'ailleurs, les études de Hannah-Moffat et Marruto (2012) à Toronto ont bien démontré que le processus

judiciaire associé aux tribunaux spécialisés est en soi une punition : parce qu'il il est beaucoup plus long et implique un assemblage d'acteurs qui participeront à différents degrés à un contrôle social.

Au sortir des analyses, on voit se dessiner un système oscillant entre justice protectionnelle (soin, traitement, singularisation des dossiers) et justice sanctionnelle (sécurité, mesures punitives, contraintes). La justice protectionnelle vise à ce que les personnes intimées soient traitées et prises en charge par un ensemble de pratiques au carrefour du médical, du social ou du thérapeutique. Elle utilise le droit comme vecteur afin que ces personnes puissent recevoir — ou soient forcées de recevoir — des soins, de l'aide médicale ou du soutien communautaire. Les personnes ciblées par ce type de justice représentent un risque mental. Tout au long des procédures, on met l'accent sur les difficultés psychosociales qu'elles vivent. Les contraintes, dans le cadre de la justice protectionnelle visent à ordonner un comportement à la personne : prendre ses médicaments, se rendre à l'hôpital, débuter une thérapie, etc.

Quant à elle, la justice sanctionnelle favorise aussi le traitement, mais cherche ultimement à sanctionner les personnes. En effet, les acteurs judiciaires insistent pour sanctionner les délits commis puisqu'ils perçoivent les personnes accusées comme étant libres et rationnelles. Les mesures et conditions émises visent ainsi à étendre le contrôle du tribunal par une supervision des personnes qui dépasse le cadre de la cour. Qui plus est, l'amalgame des couches de contraintes participe au phénomène de la porte tournante, c'est-à-dire à la récidive, et vient renforcer l'idée que les personnes accusées sont « dangereuses » puisqu'elles brisent constamment les conditions émises par le tribunal. Cette justice, contrairement à la justice protectionnelle, semble plutôt viser les personnes présentant un risque social. D'ailleurs, les contraintes qui seront émises

viseront à prohiber un comportement : ne pas consommer d'alcool, ne pas se rendre sur tel lieu, ne pas communiquer avec telle personne, etc.

En somme, nombre de conditions et de contraintes sont intrusives et régulent la vie intime et le quotidien des personnes intimées. Peut-être serait-il plus approprié que le tribunal propose des objectifs d'intervention du type « je m'engage à ne pas consommer d'alcool » plutôt que d'émettre des conditions légales qui participent directement à la récidive criminelle. Ceci étant dit, les nombreuses heures d'observation on fait émerger du discours des acteurs judiciaires un appel humaniste porté par le désir d'aider les personnes qui se présentent devant le juge afin d'améliorer concrètement leur situation.

10.3.3 Une triple conformité

Dans les dernières années, certains travaux ont fait appel au concept d'injonction biographique afin d'illustrer de quelle manière les individus sont appelés à se raconter toujours davantage à travers divers dispositifs (Astier, 1996, 2013; Duvoux, 2009). Le tribunal de santé mentale observé nous pousse à tirer les mêmes conclusions qu'Astier à propos des dispositifs d'insertion à l'emploi en France : ces structures doivent être alimentées « par des récits biographiques sur les personnes, des informations sur leurs conditions de vie, leurs familles, leurs logements… » (p. 100).

Dans le cadre de cette thèse, l'injonction biographique réfère à ce que l'individu doit exposer, à partir de sa propre trajectoire, pour démontrer sa motivation à « s'en sortir », par exemple en fournissant des éléments sur leur suivi thérapeutique, un début de traitement en toxicomanie, un retour à l'école ou encore une participation à un

programme d'employabilité. Il apparait donc que ce qui est traité au tribunal ne peut se restreindre aux délits, mais doit aussi tenir compte de ce qui est révélé dans le récit intime des personnes. Et c'est sur ce savoir concret que va s'organiser l'ensemble des interventions des acteurs du tribunal. Qui plus est, ce récit qui témoigne d'actions, de comportements et de désirs doit s'inscrire dans le cadre tracé par la conformité. De manière générale, les récits recueillis convergent vers cette idée de devoir se conformer. En effet, différents cas de figure ont servi d'exemples afin de construire ce thème central à la justice thérapeutique. Le thème de la conformité est dit triple puisqu'il impose aux personnes intimées d'agir selon des normes établies sur les plans social, médical et judiciaire.

Le type de récit élaboré par les justiciables est compris comme étant un « récit civil » concernant les ressources des individus et leur capacité à se conformer. Or, les personnes interpelées par le tribunal de santé mentale n'ont pas toutes les mêmes moyens, les mêmes capitaux sociaux afin de construire et de présenter un parcours social qui puisse satisfaire les acteurs judiciaires, et sont donc susceptibles d'être traitées différemment.

Pour autant, la volonté de transformer l'individu n'est pas à proprement parler nouvelle, mais son intégration dans un tribunal est un fait récent. En somme, le rôle du tribunal est détourné de sa définition première : il ne s'agit pas tant de savoir *quoi* faire avec les individus, mais de savoir *qui* sont ces individus afin de déterminer si on peut leur faire confiance. Et cette confiance se construit à travers la notion de conformité qui est ancrée à la fois dans le médical, dans le social et dans le judiciaire.

10.3.3.1 Transformation de l'individu

Dans les dernières années, on observe un nouveau vocable afin de désigner une technique d'intervention dans le travail social : soit les pratiques l'accompagnement (Namian, 2011). Cette conception de la prise en charge semble avoir dépassé les limites traditionnelles de l'intervention et se retrouve maintenant au sein de certains tribunaux. Cette nouvelle norme dans la pratique du droit a conduit à renforcer la prise en charge des personnes intimées dans une vision de continuité. Cet accompagnement se révèle fortement dans le cadre de la justice thérapeutique par l'inscription des personnes accusées dans un processus actif de réinsertion : participer à des groupes d'entraide, entreprendre un traitement en toxicomanie, renforcer leur suivi avec les travailleuses sociales, etc. Notons ici que le « etc. » n'est pas anodin puisqu'il réfère aux possibilités quasi illimitées de ce que le tribunal jugera « adéquat » dans le parcours des personnes.

Ce mode de régulation façonné par les politiques sociales exige de l'individu engagement et participation, mais aussi une capacité de s'exprimer et de se définir. Cette articulation contemporaine place l'individu au centre afin de le soutenir dans ses projets multiples (Boltanski et Chiapello, 1999). Qui plus est, elle exige que l'individu s'insère dans des réseaux, soit flexible, polyvalent et toujours capable d'intuition. À cet effet, les analyses ont révélé que la notion de projet semble être fortement ancrée dans le discours des acteurs du tribunal : Que fera la personne fera une fois le processus judiciaire terminé ? Comment compte-t-elle résoudre ou diminuer sa consommation d'alcool ? Quelles démarches fera-t-elle pour trouver un emploi ? Par cette focalisation sur l'idée du projet, on voit ici se dessiner les référents contemporains de l'autonomie et de la responsabilité qui visent ultimement l'épanouissement personnel (Laval, 2005).

La transformation de l'individu déviant en une figure canonique au sein du tribunal de santé mentale illustre que ce dernier est considéré comme un participant autonome, responsable, actif et capable de s'en sortir. En effet, ce nouveau dispositif judiciaire intégrant différents stratégies d'intervention travaillant de manière étonnante les contours de l'individu déviant. Pour autant, certains justiciables ont exprimer fortement leur désaccord devant les propositions, recommandations ou conditions du tribunal. De manière concrète, ces résistances témoignent d'un refus de prendre la médication, de ne pas consommer de drogues ou encore de devoir rencontrer une travailleuse sociale. Si parfois ces résistances se traduisaient par la colère ou encore des cris, la résistance pouvait aussi se traduire par l'humour ou encore par de l'ironie des personnes accusées. Ces sites de résistances contrastent et exposent les (non) possibilités des justiciables de résister aux injonctions du tribunal.

Or, deux questions restent en suspens : Les personnes visées par ce nouveau dispositif ont-elles les moyens de construire leur parcours et ainsi de répondre à ces nouvelles exigences portées par le tribunal de santé mentale ? Peut-on toujours évoquer la thèse de la désinstitutionnalisation psychiatrique comme cause des problèmes sociaux contemporains ? La dernière section de ce chapitre y apportera des réponses.

10.4 La régulation du social par le judiciaire : prise en charge de la fragilité sociale

> La crise de la justice exprime la peur de l'insécurité que génère la mutation d'un modèle de société.
>
> — Yves Cartuyvels et Phillipe Mary, 1997

D'entrée de jeu, il importe de préciser que l'étude des problèmes sociaux ne peut se comprendre en dehors du contexte politique et social émergeant (Roy et Hurtubise, 2013). Ainsi, un problème social devient « une lecture de la société, de son fonctionnement comme de son dysfonctionnement » (Bellot, Sylvestre et Saint-Jacques, 2013, p. 207). Dans un numéro spécial de la revue *Droits et société*, Emmanuelle Bernheim et Jacques Commaille écrivent que la sollicitation croissante de la justice telle que vécue présentement et démontrée dans cette thèse serait le « symptôme d'un effritement démocratique » (2012, p. 289). Cette section prendra un pas de recul afin d'approfondir cette idée d'un point de vue sociologique et d'y proposer une lecture contemporaine. Au-delà de la question du fonctionnement et des objectifs des tribunaux de santé mentale, à quel changement de régime sociopolitique peut-on associer la prise en charge, le lien social et plus largement la solidarité sociale préconisés ?

10.4.1 Entre désinstitutionnalisation et institutionnalisation

Dans le premier volet de la thèse, on a bien exposé les répercussions de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur l'époque contemporaine. Selon Dubet (2009),

cette mesure semble avoir été accompagnée d'un mouvement plus large de desserrement des cadres institutionnels (église, famille, travail, etc.) qui a marqué le déclin de la forme sociale de l'institution et des valeurs qui y étaient associées et qui avaient une fonction régulatrice. À ce propos, Castel (2009) explique que cette période se caractérise par un effondrement des règles et d'une certaine fragilisation des conditions objectives et symboliques du lien social (protection sociale, etc.). Cet effondrement a poussé certains individus vers une perte de sens et une exclusion sociale. Face à une telle conjoncture, les individus semblent inégalement dotés sur le plan des conditions sociales assurant leur autonomie (Namian, 2011). Dans son ouvrage *Le déclin des institutions* (2002), Dubet met l'accent sur les institutions qui procèdent à un travail sur autrui (éducation, travail social, santé). L'une des notions centrales qui y est développée est l'idée de « programme institutionnel », qui favorise un mode de socialisation ou, pour reprendre les mots de l'auteur, « un type de relation à autrui » permettant à chacun de se constituer en sujet. Par ailleurs, ces institutions ne défendraient plus les mêmes valeurs et n'auraient plus les mêmes pratiques qu'avant, étant confrontées à des contraintes plus complexes, mais permettent à l'individu d'acquérir plus de responsabilité et d'autonomie (Dubet, 2009).

Contrairement à Dubet, Vrancken et Macquet sont d'avis qu'il ne s'agit pas tant d'un déclin, mais plutôt d'une « très longue et lente reconfiguration », difficilement perceptible, de l'institution (2006, p. 175). En somme, ce processus d'individuation qui pousse les individus hors des collectifs (famille, métier, religion, etc.) change la représentation sociale de l'individu, qui est maintenant perçu, comme le souligne Laval (2005), comme étant désaccordé plutôt qu'inachevé. Tout comme Vrancken et Macquet, Ehrenberg (1995) voit dans ces changements une transformation des institutions : les rôles et les modèles sont de plus en plus flous et viennent brouiller ce

qui relève de l'individu et ce qui relève de l'institution[60]. En somme, cette remise en question des grandes institutions parait découler de ce que certains appellent une « seconde modernité » (Beck, 2011), une « modernité avancée » (Giddens, 2004) ou, pour reprendre les mots de Baumann (2000), une « société liquide ».

Si, pour comprendre ce qu'est l'institution aujourd'hui, il est judicieux d'observer ce qu'elle fait (interventions, projets, etc.) plutôt que ce qu'elle dit, le travail d'observation sur le terrain aura en effet permis de saisir de quelle manière les tribunaux répondent aux lacunes des politiques sociales par sa façon d'intervenir et de répondre aux besoins de différents publics. Deux éléments importants caractérisent les politiques sociales depuis les années 1980 : le désengagement de l'État du fait de la réduction des dépenses publiques en matière sociale, et la transformation des programmes sociaux vers une approche particulariste et surtout axée sur l'intégration au marché du travail (Bourque et Quesney-Vallée, 2006). Ces facteurs contribuent à la fragilisation du social et donnent des indices sur la manière de construire et d'élaborer les politiques sociales.

En somme, par une légitimité nouvelle — l'humanisme du droit — et leurs paramètres d'intervention flexibles, adaptés et fluides, les tribunaux de santé mentale représentent une institution capable d'amener les personnes ciblées à se faire soigner ou à entreprendre un traitement social, médical ou psychiatrique. L'État ne fait plus que prévenir, il agit, et ce, par un travail d'accompagnement individualisé. En ce sens, il a

---

[60] L'auteur nomme cette confusion « l'institution de soi » où les réponses sociales aux problèmes des individus sont dans l'accompagnement médical principalement (Ehrenberg, 1995).

été démontré que les deux profils émergent des discours et des pratiques des acteurs judiciaires suscitent des interventions différenciées : les individus associés à la notion de dangerosité — perçue ou réelle — devaient être sanctionnés en raison de leur écart de conduite, tandis que les personnes souffrantes et vulnérables étaient traitées en fonction de leurs difficultés psychosociales.

Cette nouvelle configuration institutionnelle remet en question l'idée classique de désinstitutionnalisation. Si l'on trouve un nombre important et toujours croissant de personnes qui transitent dans les tribunaux et que l'on contraint aux traitements, c'est que la forme, la force et les contours de l'institution se sont profondément transformés.

L'institution renfermée sur elle-même, isolée et isolante, s'est métamorphosée pour prendre un visage bienveillant et ouvert au monde social. Certes, le tribunal de santé mentale préconise l'évitement de sentences d'enfermement en milieu fermé ou, pour reprendre les mots de Goffman, « dans une institution totale ». Cependant, on voit apparaitre une nouvelle forme d'enfermement : elle n'est plus nécessairement vécue entre les murs, mais dans un quotidien négocié, contraint et régulé. Le concept de menottes invisibles permet justement d'imaginer de qu'elle manière les personnes accusées circulent en dehors les murs institutionnels, mais toujours contraints dans leur quotidien. Ainsi, il semble qu'on institutionnalise ou plutôt qu'on judiciarise le social plus que jamais.

10.4.2 Une réponse individuelle à un problème collectif

Au cours des dernières années, on a observé un changement important du rôle de l'État, qui est passé d'un État providentialiste à un État pénal actif. Le système judiciaire est amené à traiter de situations qui relèvent de plus en plus de la fragilité sociale. Les résultats de la thèse ont démontré que les démêlés avec le système judiciaire ne découlent pas uniquement de problématiques liées à des troubles de santé mentale, mais aussi et surtout de conditions sociales et matérielles difficiles. À ces conditions difficiles pourrait aussi s'ajouter la trajectoire judiciaire. Les données recueillies ont effectivement illustré que le tribunal produisait lui-même des accusations : les personnes brisent de manière récurrente les conditions émises par le juge, ce qui crée un cercle vicieux. Ainsi, le tribunal de santé mentale exerce un contrôle sur une population déjà marginalisée, recluse et fragilisée. Ce phénomène fait écho à la dérive du social, qui pose le système judiciaire comme seule réponse possible à ce qui est considéré problématique, hors norme ou déviant. En somme, la gestion du risque que représentent des personnes vulnérables est dorénavant encadrée rigoureusement par le milieu judiciaire. D'ailleurs, cette notion de risque est centrale dans les débats populaires et suscite de l'émoi à cause de son caractère pluriel et multifactoriel, émoi qui est alimenté encore par les figures fantasmatiques de la dangerosité : le « criminel monstrueux » et le « fou dangereux » (Moreau et Protais, 2009).

Cette configuration contemporaine marquée par une individualisation du social traduit une consolidation du discours néolibéral qui préconise une lecture singulariste dans le traitement des dossiers judiciaires. Ainsi, le discours entourant la pauvreté, la vulnérabilité ou encore l'exclusion sociale tend à réduire la question sociale à un problème individuel (Allabéa, 2013; Castel, 1994), voire à l'occulter. D'ailleurs, pour Bernheim et Commaille (2012), les tribunaux témoigneraient d'un certain effritement démocratique en participant au processus général d'individualisation des processus sociaux.

En somme, le fonctionnement du TSM s'inscrit dans cette logique néolibérale qui prône la responsabilisation individuelle. En proposant une singularisation de la trajectoire, du traitement judiciaire et de la peine, les tribunaux de santé mentale offrent une réponse individuelle à des enjeux collectifs. Surtout, ils ne remettent pas en question les raisons qui poussent les personnes à avoir des démêlés avec la justice, soit la pauvreté et, de manière plus large, la fragilité sociale. Autrement dit, pourquoi ces personnes se retrouvent-elles devant le juge, à devoir faire face à des accusations souvent nombreuses, souvent récurrentes ?

La réponse à cette question est bien entendu complexe et composée d'une multitude d'éléments. On mentionne souvent, dans la littérature et les documents ministériels, que les années 60 ont été une époque riche et névralgique pour le développement de la société québécoise, particulièrement dans le domaine de la santé et des services sociaux. On dit aussi que cette période a été marquée par une désinstitutionnalisation importante du réseau psychiatrique. Les effets de cette désinstitutionnalisation se sont propagés au cours des décennies suivantes et ont touché non seulement les départements de psychiatrie, mais aussi l'ensemble des personnes hospitalisées. La raison à l'origine de ce processus est que trop de gens étaient hospitalisés et que, pour une utilisation maximale et efficiente du réseau, ces dernières devaient plutôt recevoir des soins en dehors des murs de l'institution. La suite et les conséquences de la désinstitutionnalisation sont connues et bien documentées : l'absence de services adaptés, des personnes se sont retrouvées sans repères, sans soutien, face au vide. La désinstitutionnalisation est devenue rapidement le bouc émissaire d'un ensemble de maux sociaux : itinérance, toxicomanie, santé mentale, judiciarisation, solitude, etc. Or, peut-on toujours entériner cette idée aujourd'hui ? Cette thèse préconise plutôt de tourner le regard vers de nouvelles perspectives en cohérence avec le paysage social, politique et institutionnel contemporain. Les dernières années semblent témoigner d'un

nouveau visage sociopolitique des stratégies d'interventions où l'on observe une institutionnalisation importante de la fragilité sociale qui passe par les tribunaux. Les tribunaux deviendraient ce nouveau dispositif contemporain où l'on traite, soigne et punit la marginalité, le vagabondage, la folie.

****

Ce chapitre a été l'occasion de décrire le fonctionnement du tribunal de santé mentale selon une matrice qui organisait les pratiques des acteurs selon leur visée : punir ou soigner. Ces pratiques sont influencées selon que les justiciables posent tantôt un risque social, tantôt un risque mental. Cette matrice distinguait aussi les justiciables qui étaient perçus comme des délinquants — le mandat du tribunal est alors de protéger la société —, soit comme des personnes souffrantes — les acteurs judiciaires doivent alors les aider.

Ensuite, le chapitre a porté sur le développement d'une sociologie de la justice thérapeutique à partir de thèmes transversaux tels la contrainte, la triple conformité et la dangerosité ordinaire. Le chevauchement de ces sphères a généré des sphères mitoyennes. Globalement, l'ensemble de ces sphères forme un assemblage particulier témoignant d'un double mouvement : celui d'« action-gestion », par lequel sont mises en place des mesures concrètes visant à punir ou à encadrer les justiciables dans leur traitement, et celui d'« interprétation-définition », par lequel les acteurs mobilisent divers cadres légaux et des expertises psychiatriques afin d'actualiser les notions de risque. Le tribunal de santé mentale contribue ainsi à façonner le visage de la fragilité sociale contemporaine que l'on soigne et punit à la fois.

On évoque souvent que le néolibéralisme participe à un désengagement de l'État et à un effritement de l'État-providence. Dans la dernière décennie, beaucoup de travaux se sont intéressés à la transposition de valeurs néolibérales dans la gestion du réseau de la santé et des services sociaux : on a ainsi vu naitre l'idée d'une nouvelle gestion publique (Bellot, Brisson et Jeté, 2013). Brièvement, cette nouvelle gestion met de

l'avant des méthodes visant à augmenter l'efficacité du réseau en codifiant et en calculant l'ensemble des interventions des professionnels. On y propose aussi des interventions suivant une approche individualisante, psychologisante et médicalisante de ce qui pose problème.

Plus largement, les problèmes sociaux semblent plus que jamais se décliner de manière complexe, multidimensionnelle, laissant croire que l'individu n'est pas seulement un fou, un criminel, un toxicomane ou un itinérant, mais souvent un amalgame de ces figures. Les politiques publiques doivent ainsi être repensées afin d'offrir une réponse à ces enjeux basée sur la considération et l'amélioration des conditions sociales, mais aussi matérielles des personnes. On doit pouvoir, en effet, offrir des programmes et des interventions adaptées aux situations complexes que vivent les personnes : il ne faut pas seulement punir ou soigner dans les tribunaux, mais surtout il faut aussi s'assurer que les personnes concernées détiennent les ressources afin qu'elles puissent répondre à leur besoins et à celles de leur famille, de rester dignes et d'avoir les moyens et la possibilité de participer à la vie civique.

En somme, il semble que le tribunal de santé mentale travaille à traiter, à punir et à rendre conforme une population déjà marginalisée en s'appuyant non seulement sur les problèmes de santé mentale, mais aussi sur la fragilité sociale. Cette judiciarisation de la dimension nébuleuse qu'est la fragilité sociale semble légitimer le déploiement d'un dispositif tel que les tribunaux de santé mentale. S'appuyant sur des préceptes néolibéraux, les acteurs de ce dispositif judiciaires travaillent à aider les personnes à s'aider tout en maintenant sur elles un contrôle qui a pour visée la protection de la société découlant de l'association implicite et illégitime des concepts de dangerosité et de fragilité sociale.

CONCLUSION

Et quel est le sens de cette vaste organisation ?
Il consiste à faire arrêter des personnes innocentes
et à faire intenter contre elles des procédures folles.

— Franz Kafta, *Le Procès*

La thèse a débuté par une donnée claire et alarmante : les personnes ayant un problème de santé mentale sont surreprésentées dans le système judiciaire. À cet effet, les différents volets de cette recherche ont dressé un portrait théorique et empirique des différentes stratégies d'intervention auprès de ces personnes et ont mis en évidence les transformations institutionnelles, politiques, législatives et sociales qui ont eu cours dans le domaine de la vulnérabilité, de la déviance et de la folie. De là, deux constats généraux ont pu être tirés.

Premièrement, les stratégies d'intervention sont intimement liées au contexte social, politique et économique dans lequel elles s'inscrivent. Les politiques publiques visant les problèmes sociaux se construisent toujours dans un social établissant les règles et les normes quant aux conduites à adopter. Suivant les mouvements de la société, l'institution s'est profondément transformée : aujourd'hui, il n'est plus tant question de

prise en charge que d'accompagnement des différents publics. En outre, nous observons que l'institution contemporaine est éclatée et trouve sa niche dans un ensemble complexe de dispositifs sociaux, médicaux et judiciaires. Les tribunaux de santé mentale représentent un exemple frappant de ces nouveaux dispositifs contemporains.

Deuxièmement, malgré certaines croyances voulant que les personnes ayant un problème de santé mentale soient davantage portées à commettre des délits que la population générale, cette thèse a établi que ce n'était pas le cas (Perterson *et al.*, 2004). On peut rappeler les résultats de l'étude de Bonta et de ses collègues (1998) selon lesquels aucun comportement criminel ne permet de prédire la présence d'un problème de santé mentale. Dans le contexte où la littérature stipule clairement que l'incarcération est extrêmement néfaste pour les personnes ayant un problème de santé mentale, notamment parce que ces dernières ont des besoins spécifiques et qu'elles se voient souvent isolées une fois incarcérée (Redlich *et al.*, 2006), il est pertinent de se demander pourquoi elles sont toujours si nombreuses dans les centres de détention.

Qui plus est, les personnes ayant un problème de santé mentale, ou plus largement celles vivant dans la précarité sociale, reçoivent un traitement judiciaire (arrestation, procédures à la cour, sentence, etc.) souvent inapproprié, et ce phénomène semble encore exacerbé par leur problème de santé mentale lui-même. Par exemple, les données sont claires à l'effet que les policiers procèdent plus souvent à l'arrestation de ces personnes ; on peut avancer que c'est en partie à cause du manque d'expérience, en partie à cause du manque de connaissance ou encore en l'absence d'alternative. Quoi qu'il en soit, la question du profilage social semble complètement évacuée des TSM et mériterait d'être débattue.

Les tribunaux de santé mentale sont apparus comme une solution novatrice afin de « s'attaquer » aux causes qui mènent à l'adoption de comportements délictuels dans les dossiers qu'ils traitent, soit les problèmes de santé mentale. Les TSM ont vu le jour au début des années 1990 aux États-Unis. Depuis la création des premiers TSM à Toronto (1998) et à Montréal (2008), on observe une prolifération importante de ces nouveaux dispositifs dans différentes localités canadiennes et québécoises. Construits sous l'influence de la justice thérapeutique, ces tribunaux spécialisés ont pour objectif d'arrimer le justiciable à une équipe traitante et de proposer des sentences alternatives à l'emprisonnement. Outre les acteurs judiciaires « traditionnels », on compte aussi parmi les professionnels œuvrant dans les TSM des intervenants travaillant à faire le pont entre la cour et les équipes institutionnelles et communautaires. Bien qu'on retrouve une littérature de plus en plus abondante sur les TSM, on n'en sait que peu sur la justice thérapeutique. Ainsi, tout au long de cette thèse, nous avons poursuivi différents objectifs visant à répondre à la question de recherche : « Comment s'opère la justice thérapeutique dans un tribunal de santé mentale ? »

Un des objectifs de la thèse était donc de documenter le fonctionnement complexe des tribunaux de santé mentale. Avec un vocabulaire hermétique, un décorum particulier et des pratiques singulières, ces dispositifs sont difficiles à pénétrer et à cerner. Pour mieux rendre compte des réalités concrètes du tribunal étudié, l'utilisation d'une méthodologie mixte combinant des approches quantitative et qualitative a été choisie. Les résultats découlant des observations directes, de l'analyse des discours et du traitement statistique des données recueillies ont révélé un ensemble de thèmes prédominants et ont jeté un nouvel éclairage sur les tribunaux de santé mentale, et plus particulièrement dans un contexte canadien et québécois.

Les TSM, en proposant une réponse individuelle et en naviguant entre les besoins des personnes accusées, des victimes et du tribunal lui-même, proposent de faire « plus » et « différemment ». Puisant à la fois dans les pratiques judiciaires et sociales, ces tribunaux spécialisés travaillent à forger des comportements adaptés chez les personnes accusées. Cette régulation des conduites s'exerce de diverses façons : les justiciables doivent entreprendre ou terminer des thérapies (par exemple de gestion de la violence ou en toxicomanie), commencer ou poursuivre un traitement pharmacologique, suivre les recommandations de leur équipe traitante ou encore faire un arrêt total de toute consommation d'alcool ou de drogues.

Qui plus est, le rôle du tribunal est marqué par une ambiguïté : il oscille entre objectifs curatifs et enjeux sécuritaires. L'introduction de nouvelles stratégies d'intervention ont effectivement doté le juge d'un double rôle : en plus de devoir rétablir l'ordre social par divers mécanismes de protection et de dissuasion, on s'attend maintenant à ce qu'il participe au rétablissement des individus ayant enfreint la loi et qui présentent des problèmes de santé mentale (Bernheim, 2014). Ce mandat éclaté fait écho au risque social et au risque mental découlant de la perception des justiciables et influençant de manière concrète leurs pratiques, qui oscillent entre soin et punition. En effet, le risque social cible particulièrement les personnes représentant un risque pour la sécurité publique tandis que le risque mental est plutôt associé aux personnes perçues comme souffrantes et dont les besoins psychosociaux doivent être pris en compte.

Globalement, la thèse a ainsi permis de comprendre et de documenter de quelle façon a été façonné le dispositif hybride que sont les tribunaux de santé mentale. On note à ce sujet deux éléments principaux. *Primo*, l'hybridation du droit et du social qui trouve son expression dans la justice thérapeutique combine des pratiques classiques

(répression, contrôle, éducation, etc.) et des pratiques novatrices (accompagner, responsabiliser, redonner le pouvoir à la personne, etc.). Afin de « sortir » les justiciables du système de justice ou des situations qui les y mènent, le tribunal de santé mentale mise notamment sur la responsabilisation et l'autonomisation des personnes accusées. *Secundo*, la justice thérapeutique semble déborder largement du cadre habituel des tribunaux en adoptant une approche axée sur l'aide et le soin et en mettant à profit d'autres domaines d'intervention tel celui de la santé. En somme, les TSM étant appelés à juger et à réguler des questions relevant à la fois du médical et du social, l'appui de professionnels de la psychiatrie apportera une expertise liée spécifiquement à la santé mentale, à la toxicomanie, à l'itinérance ou encore à la pauvreté.

À partir des réalités concrètes des personnes interpelées par le tribunal, un modèle dynamique intégrant trois sphères a été élaboré afin d'illustrer la justice thérapeutique. La première sphère représente les contraintes composites. La contrainte fait écho à un ensemble parfois évident, parfois diffus d'injonctions du tribunal. Les contraintes composites sont comprises comme une combinaison d'éléments distincts et complémentaires. De manière générale, la contrainte apparait parfois comme un moyen d'échange, c'est-à-dire que si le justiciable répond favorablement aux demandes des acteurs, sa peine peut être réduite. Parfois, elle prend plutôt l'allure de menottes invisibles. Ces contraintes oscillaient entre une justice sanctionnelle et protectionnelles. De fait, les conditions émises par le juge au moment de la libération ou de la sentence participent à une surveillance en dehors des murs de la cour et constituent des mesures de contrôles qui viennent s'ajouter au suivi judiciaire. Toujours selon une conception double du risque, les contraintes visent à répondre soit à un risque social (se présenter à chaque date de cour, respecter un quadrilatère, ne pas communiquer avec une personne, etc.), soit à un risque mental (prendre des médicaments, suivre les recommandations de l'équipe traitante, compléter un traitement à la dépendance, etc.),

et parfois à un entremêlement des deux. En combinant les données quantitatives aux récits recueillis lors des audiences, l'analyse a aussi démontré que l'accumulation de conditions au dossier judiciaire semble participer à la récidive criminelle : plusieurs justiciables se retrouvent devant le juge puisqu'ils ont brisé leurs conditions ou encore n'ont pas respecté une probation. Le tribunal crée en quelque sorte des délits dont il est la victime.

La deuxième sphère du modèle fait appel à ce que l'on nomme la triple conformité. Tour à tour, les personnes accusées sont appelées à se présenter devant le juge afin de témoigner de leur adhésion à une conformité sociale, mentale et judiciaire. Cette triple conformité se dégage clairement du discours des acteurs du tribunal qui misent sur des pratiques plurielles afin de transformer l'individu déviant en une figure canonique. Les justiciables sont ainsi poussés à se raconter dans un récit civil dévoilant leurs ressources et leur capacité à se conformer. À chacune des comparutions, ils devaient prouver qu'ils avaient adopté des comportements conformes sur les plans social, médical et judiciaire. Ceci étant dit, des extraits de récits ont exposé ce que l'on nomme des sites de résistance : certains justiciables ont refusé les recommandations ou les conditions du tribunal, comme de rencontrer une travailleuse sociale à l'externe, de prendre des médicaments ou de débuter un suivi psychosocial. Ces positions claires tranchaient avec les attentes de la cour.

Enfin, la troisième sphère cible la dangerosité ordinaire. Les personnes sont souvent décrites dans des termes évoquant la fragilité sociale, et non seulement des problèmes de santé mentale : « il vient de loin », « c'est un délinquant », « il a des problèmes d'itinérance, » ou encore « c'est plutôt au niveau du trouble personnel ». Leurs capacités, leur parcours et leur passé sont pris en considération. De plus, l'analyse des

données quantitatives a dévoilé que la plupart des personnes qui se présentent devant le juge sont des hommes dans la mi-trentaine, souvent détenus au moment de l'audience et représentés par un avocat de l'aide juridique, et accusés pour des délits considérés comme de la « petite criminalité ». Il semble que la situation tant sociale, mentale que matérielle des personnes peut les amener à avoir des démêlés avec le système judiciaire. Cette la fragilité sociale décrite influence aussi les discours et pratiques des acteurs de la cour.

Les analyses présentées jettent ainsi un doute sur la cause présumée du comportement déviant : la fragilité sociale serait ce qui amène les personnes à être interpelées par les TSM, et non simplement les problèmes de santé mentale. La thèse avance l'idée que les dispositifs judiciaires s'appuient sur un discours et une approche permettant de légitimer le soin, le traitement et parfois l'enfermement des personnes vulnérables. D'ailleurs, les analyses transversales démontrent une tendance lourde quant au fonctionnement et au rôle des tribunaux : ils sont devenus un lieu d'interventions sociales et médicales et, plus largement, de gestion des problèmes sociaux. La fragilité sociale révélée par les données laisse croire que les justiciables sont pris dans un phénomène de double incrimination : soit celle d'avoir commis un délit criminel, mais aussi celle d'être fou et pauvre.

Globalement, ces dispositifs hybrides témoignent d'une transformation des politiques publiques qui de plus en plus touchent des problématiques et des publics variés. On note par exemple l'agencement de structures sociales, médicales, judiciaires, pénales ou éducatives ou encore des pratiques répondant à la fonction de soin, de régulation ou de traitement. Dans ce contexte, l'institution contemporaine montre moins les signes d'un déclin ou d'une crise que l'éclatement de son interface.

Pour conclure, cette enquête présente certaines limites. Tout d'abord, l'accès aux coulisses des tribunaux (par exemple aux rencontres entre les procureures et les agentes de liaison) aurait pu bonifier la compréhension des discours et des actions des acteurs du tribunal. Par ailleurs, il aurait été intéressant de suivre plusieurs justiciables dans leur trajectoire judiciaire et de réaliser des entrevues avec eux afin de mettre en lumière leur perception et leur compréhension de ce qui se passe au tribunal. Une autre limite de la thèse réside dans le fait qu'aucun enregistrement n'a servi à retranscrire les extraits des audiences ; des extraits d'audience auraient pu permettre de mieux saisir certains non-dits ainsi que certaines subtilités des procédures judiciaires.

Malgré les constats qui ont pu être dégagés de cette enquête, il demeure nécessaire que d'autres recherches documentent cette nouvelle manière de faire des tribunaux. Une prochaine recherche pourrait comparer le parcours des personnes au sein du tribunal de santé mentale et à celui du tribunal régulier afin de faire émerger les différences et les similitudes dans les pratiques et discours des acteurs judiciaires. Cette recherche invite aussi à la bonification de la question des sites de résistance chez les justiciables. On l'a mentionné, certaines personnes accusées ont verbalisé leur refus de participer à un traitement ou de rencontrer une intervenante sociale, par exemple. Ainsi, il serait intéressant de mettre en lumière les mécanismes menant à la négociation, au compromis et à la non-compliance.

En somme, cette thèse a permis de révéler empiriquement et théoriquement les réalités concrètes de la fragilité sociale contemporaine que l'on soigne, que l'on traite et que l'on punit en même temps. Cette enquête a ainsi levé le voile sur un dispositif hybride et exposé les rapports de pouvoir qui structurent les discours et les pratiques judiciaires

des acteurs tout comme les expériences singulières, difficiles et oppressantes des personnes interpelées par un tribunal de santé mentale.

RÉFÉRENCES

A. c. Centre hospitalier de St. Mary (2007) QCCA 1382. Récupéré de https://www.canlii.org/fr/qc/qcca/doc/2007/2007qcca358/2007qcca358.html

Aballéa, F. (2013). « Le retour du contrôle social ». Dans C. Bellot, M. Brisson et C. Jetté. (dir.). *Le travail social et la nouvelle gestion publique.* Québec : Presses de l'Université du Québec.

Aboleda-Florez, J. et Holley, H. L. (1998). Criminalization of the mentally ill: Part II. Initial detention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33 : 87–95

Abreu, D., Parker, T.W., Noether, CD., Steadman., H.J. et Case, B. (2017). Revising the paradigm for jail diversion for people with mentale and substance use disorders: Intercept O. *Behavior Science Law*, 35(5-6), 380-395.

Action Autonomie & Dumais Michaud, A.A. (2016). Quand l'inacceptable se perpétue. Montréal : Action Autonomie.

Action Autonomie. (2005). Des libertés bien fragiles, étude sur l'application de la Loi p-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Montréal : Action Autonomie.

Adam, C. (2012). Jalon pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Déviance et Société,* 26 (2), 137-168.

AGIDD-SMQ (2013). Le retour du Talion ! Quand l'arbitraire remplace la primauté du droit. http://www.raiddat.org/pdf/journal/memoireC-54mai2013AGIDD-SMQ.PDF

AGIDD-SMQ (2014). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Le retour de la primauté de la personne, la consécration de l'approche biomédicale. http://www.agidd.org/plan-daction-en-sante-mentale-2015-2020-le-retour-de-la-primaute-de-la-personne-la-consecration-de-lapproche-biomedicale/

Alter Justice. (2018). Surpopulation carcérale. Un phénomène récurrent. http://www.alterjustice.org/dossiers/articles/surpopulation.html

American Psychiatric Association (1987), (DSM III-R), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2000) (DSM IV-TR), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013) (DSM-V), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Archibald, B. P. (1991). Criminal Law and Mental Disorder: The Impact of the Swain Decision in Nova Scotia. Nova Scotia Law News 17 (6), 255-258

Arseneault L. Moffitt T. Caspi A, & al. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives General Psychiatry*, 57, 979–986

Ashley, M. (1922). Outcome of 1000 cases paroled from the Middletown State Hospital. *State Hospital Quarterly*, 8, 64-70.

Astier, I. (1996). Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne. *Politix,* 9 (34), 99-113.

Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social.* Paris : PUF.

Astier, I. (2009). Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *CNAF,* 152 (12), 52-58.

Bain, A.E. (2013). *The impact of Therapeutic Jurisprudence : A critical Study of Toronto's Mental Health Court.* Thèse. University of Michigan

Beaudet, C. (1976). Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec 1880-1963. Le cas de l'hôpital de Verdun. *Cahiers de l'Institut Supérieur des Sciences Humaines. Université Laval.* Numéro 6. Septembre.

Barreau du Québec (2013). Projet de loi C-54, la Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux). http://www.barreau.qc.ca/fr/actualites- medias/communiques/2013/06/10 -plc54

Barreau de Montréal (2011). Programme d'accompagnement justice santé mentale. https://www.barreaudemontreal.qc.ca/loads/DocumentsActivites/Colloque2011 0531/PAJ-SM_31-05-2011.pdf

Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity.* Cambridge : Polity.

Beck, U. (2001). La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité. Paris : Aubier.

Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle.* Paris : La Fabrique.

Bellot, C., Syvestre, M-E. & St-Jacques, B. (2013). Construire un problème social. Et pourquoi pas ? Le cas de la judiciarisation de l'itinérance. Dans Otero Marcelo, et Roy, Shirley (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité ?* pp. 207-228. St-Foy, PUQ.

Bellot, C., Sylvestre, M-E. (2017). La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté. *Revue générale de droit*, 47, 11-44.

Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M-N., et Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes.* Rapport de recherche au Secrétariat National des sans-abri, juin, 141 p

Bédard, D., Lazure, D. et Roberts, C.A. (1962). Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Ministère de la Santé du Québec. : Québec. http://www.orphelinsdeduplessis.com/wp-content/uploads/2014/05/1962-rappor-B%C3%A9daard-Lazure-Roberts.pdf

Berger N. (2018). Punition, sanction, rédemption. Quel sens donner à la peine au XXIe siècle. http://www.revue-projet.com/articles/2018-07-berger-pourquoi-punir/

Berman, G. & Feinblatt, J. (2001). Problem-solving courts: A brief primer. *Law and Policy*, 23*(2)*, 125-140.

Bernard, G. (2008). Approche historique et philosophique de la dangerosité. Dans J.L. Senon, G. Lopez et R. Cario. (dir). *Psychocriminologie.* Paris : Dunod.

Bernheim, E. (2011). Le « pluralisme normatif » : un nouveau paradigme pour appréhender les mutations sociales et juridiques ? *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, *67* (2), 1– 4.

Bernheim, E. et Commaille, J. (2012). Quand la justice fait système avec la remise en question de l'État social : Présentation du dossier. *Droit et Société*, (81), 281–298.

Bernheim, E. (2014). Quand le droit à la justice contribue à la marginalisation. In *Penser les liens entre santé mentale et société,* pp.141-153. Moreau, N. et Doucet, M.C. (eds). Montréal : PUQ

Bernstein, M. S. (2008). *A comparison of Mentally Ill Detainees who Opt-in or Opt-out of Mental Health Court.* (Ph.D. Thesis). Nova Southeastern University, Florida.

Bernstein, R., & Seltzer, T. (2003). Criminalization of people with mental illnesses: The role of mental health courts in system reform. *The University of the District of Columbia Law Review, 7,* 143-162.

Berrebi-Hoffmann, I. & Lallement, M. (2009). À quoi servent les experts ? » *Cahiers internationaux de sociologie*, 126 (1), 5-12.

Bertrand, M.A. (2005). Le rêve d'une société sans risque. *Drogues, santé et société,* 4 (2), 9-41.

Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26 (2), 1-18.

Bonta, J., Law, M. & Hnason, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. 123 (2), *Psychological Bulletin,* 123-142

Boltanski, l. et Chiappelo, È, Le nouvel esprit du capitalisme, Paris, Gallimard, 1999.

Boothroyd, R., Poythress, N., McGaha, A., & Pertrila, J. (2003). The Broward Mental Health Court: Process, outcomes and service utilization. International Journal of of Law and Psychiatry, 26, p. 55–71. doi:1016/ SO160-2527 (02) 002030

Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*. Montréal : Éditions St-Martin.

Bresson, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cahiers de recherches sociologiques,* 115 (2), 311-326.

Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives,*

quantiatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé (p. 625 à 646) Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Brill, H., & Malzberg, B. (1962). Statistical report on the arrest record of male ex-patients released from New York state mental hospitals during the period 1946-48. In Criminal Acts of Ex-Mental Hospital Patients. Washington, DC : American Psychiatric Association.

Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., Michalak, E., Parent, R., Verdun-Jones, S., & Weaver, C. (2011). A study of how people with mental illness perceive and interact with the police. Calgary, Alberta : Mental Health Commission of Canada.

Bourque, M., Quesnel-Vallée, A. (2006). La santé au risque du social. *Lien social et Politiques*, 55, p. 45-52.

Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. (2012). Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012. Gouvernement du Canada : Ottawa. http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx#sIA

Carrier, N. (2010). Sociologies anglo-saxonnes du virage punitif. *Champ penal*, 2, DOI : 10.4000/champpenal.7818.

Carpenter, R.A., Falkenburg, J., White, T.P. et Tracy, D.K. (2013). Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *The psychiatrist*, 37(7), 232-237.

Cartuyels, Y. et MARY, P. (1997). « Crise de la justice et au-delà ? », Dans Yves Cartuyvels, F. Delpérée, P. Delwit et al., *L'affaire Dutroux. La Belgique malade de son système*, p. 97-127. Bruxelles : éditions Complexe,

Cartuyvels, Y. (2015). Transformations dans la santé mentale : entre la science et le sujet, *Criminologie,* 48 (1), 15-35.

Castel, R. (1976). *Le psychanalysme.* Paris : Maspero.

Castel R. (1983). De la dangerosité au risque. Actes de la recherche en sciences sociales. *Éducation et philosophie*. 47-48, 119-127.

Castel, R. (2011). *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse.* Paris : Minuit.

Castel, R. (2009). La montée des incertitudes. Paris : Seuil.

Chaimowitz, G. (2012). The criminilization of People With Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 1-6.

Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600-1850 : le désordre*. Montréal : Boréal.

Chantraine, G. (2006). La prison post-disciplinaire. *Déviance et Société,* 30, 273-288.

Charrette, Y., Crocker, A. et Billette, I. (2011). The judicious judicial dispositions juggle : Characteristics of police interventions involving people with mental illness. *Canadien Journal of Psychiatry*, 56 (11), 677-685.

Christy A., Poythress N., Boothroyd R.A., Petrila J., & Mehra S. (2005). Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County mental health

court. *Behavioral Sciences and the Law* 22, 227–243.

Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective. Criminologie, 34 (1), 31-45.

Code civil du Québec. (2018). RLRQ c CCQ-199.

Code criminel du Canada. (2018). LRC 1985, c C-46.

Commaille, J. (2007). La justice entre détraditionnalisation, néolibéralisation et démocratisation : vers une théorie de sociologie politique de la justice », dans J. Commaille et al., La fonction politique de la justice, Paris : La Découverte « Recherches/Territoires du politique », p. 293-321.

Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2017). La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations. http://www.pauvrete.qc.ca/document/la-pauvrete-et-les-inegalites-sociales-de-graves-menaces-a-la-sante-des-populations/

Comité de Vigilence. (PAJ-SM). (2011). Judiciariser l'accès à des soins en santé mentale ? www.2011-mai-memoire-a-propos-de-paj-sm.pdf.

Comité permanent de la justice et des droits de la personne. (2002). Réponse au 14e rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne. http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/rc-cr/tm-md/defin.html

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer les vies.* Ottawa.

Commission sur les pénitenciers. (1914). Rapport de la Commission royale sur les pénitenciers. Ottawa : Imprimeur de la Reine. http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/bcp-pco/Z1-1913-4-fra.pdf

Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle. (1969). Rapport du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle. Justice pénale et correction : un lien à forger, Ottawa : Imprimeur de la Reine.

Commission de la réforme du droit canadien. (1975). Les principes de la détermination de la peine et du prononcé de la sentence. Ottawa : Commission de réforme du droit du Canada. http://www.lareau-legal.ca/LRCWP3French.pdf

Commission de la réforme du droit canadien. (1976). *Le désordre mental dans le processus pénal*, Ottawa : Commission de réforme du droit du Canada. http://www.lareau-legal.ca/LRCReport5French.pdf

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of sociology*, 18, 209-232.

Cotton, D. & Coleman, T.G. (2010). Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach. *Police Practice and Research: An International Journal*, 11(4), 301-314.

Cour Suprême du Canada. (2007). La médecine et le droit : les défis de la maladie mentale. Gouvernement du Canada : Ottawa. https://www.scc-csc.ca/judges-juges/spe-dis/bm-2005-02-17-fra.aspx

Courteau, B. (1989). *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine : évolution historique de l 'hôpital psychiatrique de Montréal.* Montréal : Éditions du Méridien.

Crocker, A. G. (2009). La santé mentale et la loi : enjeux éthiques, scientifiques et organisationnels. *Santé mentale au Québec,* 34 (2), 7-19.

Crocker, A. G., & Côté, G. (2010). Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche. *Le Partenaire,* 19 (1), 4-11.

Cross, B. (2011). *Mental Health Courts Effectiveness in Reducing Recidivism and Improving Clinical Outcomes: A Meta-Analysis.* (Master's Thesis). University of South Florida, Florida.

Debuyst, C. (1981). *Dangerosité et justice pénale.* Paris : Masson.

Dej, E. Gagné, F. (2015). Sanctionner les (non —) coupables. Préciser la disposition de non-responsabilité criminelle *Criminologie*, 48 (1), 37–58.

De Larminat, X. (2014). *Hors des murs. L'éxécution des peines en milieu ouvert.* Paris : PUF.

Demailly, L. (2001) Sociologie des troubles mentaux. Repères : Paris

Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. Santé mentale au Québec, 12 (2), 144-157.

Douglas, K.S., Skeem, J.L. (2005). Violence risk assessment : Getting specific about being dynamic. *Psychology public policy and law,* 11(3), 347-383.

Dorvil, H. et H. Guttman (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec : 1961-1996, dans *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 109-175.

Dovil, H. (2005). Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinsitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique,* 41-45, 209-235.

Dubet, F. (2002). *Le déclin des institutions.* Paris : Seuil.

Dubet, F. (2009). *Le travail des sociétés.* Paris : Seuil.

Dubois, D., Namian. D., Rivest, M-P., Moreau, N., La réception critique du DSM-V. *Revue Québécoise de psychologie,* 35 (1), 185-205.

Dubreucq, J.L., Joyal, C. & Millaud, F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico psychologiques,* 162, 852-865.

Dupuis-Déry, F. (2017). Désarmer la police. Ricochet. Mars. https://ricochet.media/fr/1724/desarmer-la-police

Durkheim, E. (2013 [1894]. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : PUF.

Duvous, N., Astier, I. (2006). *L'injonction biographique,* Paris : L'Harmattan.

Dyches, H., Biegel, D., Johnson, J., Guo, S. et Min, M. (2002). The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services. *Research on social work practice,* 12, 731-751.

Edgely, M. (2014). Why do mental health courts work? A confluence of treatment, support & adroit judicial supervision. *International Journal of Law and Psychiatry*. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.031.

Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain.* Paris : Pluriel.

Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 304, 133-156.

Ehrenberg, A. (2007). Épistémologie, sociologie, santé publique. *Mouvements*, 49, 89-97.

Eyraud, B. et Vilpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie. *Revue française d'administration publique,* 149, 207-222.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La découverte.

Fassin, D. (2015). L'asile et la prison. *Esprit.* Mars-Avril, 82-95.

Fassin, D. (2017). Punir. Une passion contemporaine. Paris : Seuil.

Fecteau, J.M., Tremblay, M.J. et Trépanier, J. (1993). La prison de Montréal de 1865 à 1913 : évolution en longue période d'une population pénale. *Les cahiers de Droit,* 34, 27-58.

Fecteau, J.M., Fenchel, F., Tremblay, M-J., Trépanier, J. & Cucumel, G. (2006). Répression au quotidien et régulation punitive en longue durée le cas de la prison de montréal, 1836-1913. *Déviance et Société,* 30, p. 339-353.

Feeley, M.M., Simon, J. (1992), The new penology: notes on the emerging strategy of corrections and its implications, Criminology, 30(4), 449-474.

Fernandez, F., Lézé S. et Strauss H. (2010). Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux vec Cahiers internationaux de sociologie, n° 128-129, p. 179-206.

Fleury, M.-J., Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale, Ruptures. *Revue transdisciplinaire en santé*, 10 (1), 21-38.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir.* Paris : Gallimard.

Foucault, M. (2001). La folie et la société, Dits et Écrits, I, Paris : Gallimard.

Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population.* Paris : Gallimard.

Fortin, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus maladies et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14 (2), 104-113.

Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12 (2), 111-112.

Franssen, A., De Coninck, F. (2007). *Aux frontières de la justice : gestion de risques et tutelle de l'intime*. In : Fabrizio Cantelli etJean-Louis Genard (ccord), *Action publique et subjectivité* (droit et société), L.G.C.D: Paris, p. 117-132. 978-2-275-03216-0. http://hdl.handle.net/2078.3/150768

Frailing, K. (2010) How mental health courts function: Outcomes and observations. International Journal of Law and Psychiatry, 33(4), 207-213.

Fournier, J. (2012). Logique d'action pour une intervention immédiate suite à la découverte du suicide d'un proche. Mémoire. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/Logique_d_actiona_la_suite_d_un_suicide_d_un_prochе.pdf

Roland, G. (2006. La construction du trouble comme entreprise de normalisation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 66, 31-44.

Gauchet, M. (1998). Essai de psychologie contemporaine : le nouvel âge de la personnalité. *Débat,* no.9.

Gauchet, M. ET Swain, G., *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard.

Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.

Giddens, A. (1991), Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age, Stanford: Stanford University Press.

Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago, IL : Aldine.

Goffman, E. (2013) *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 2*. Paris : De Minuit.

Goldkamp, J. D., & Irons-Guynn, C. (2000). Emerging judicial strategies for the mentally ill in the criminal caseload: Mental health courts in Fort Lauderdale, Seattle, SanBernardino, and Anchorage. Washington, DC https://www.researchgate.net/publication/232561119_The_Second_Generation_of_Mental_Health_Courts

Grenier, J., Bourque, M et St-Amour, N. (2014). L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. La nouvelle gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux. Récupéré à : http://www.riocm.ca/recherche-levolution-services-sociaux-au-quebec-ngp/

Grenier, G. (1999). *Les monstres, les fous et les autres. La folie criminelle au Québec*, Montréal, Trait d'union.

Grenier, G. (1998). *L'histoire de la folie criminelle au Québec de 1840 à 1945*. Thèse de doctorat, Département d'histoire, Université de Montréal.

Griffin, PA., Steadman. HJ. & Petrila, J. (2002) The use of criminal charges and sanctions in mental health courts. *Psychiatric Services*, 53, 1285–1289.

Groulx, L. H. (1997). *Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale*. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 55-84). Montréal : Gaëtan Morin.

Haimowitz, S. (2002). Can mental heatlh courts end the criminalization of persons with mental illness ? *Psychitric Services,* 53(10), 1226-1228.

Han, W., Redlich, A. (2015). The Impact of Community Treatment on Recidivism Among Mental Health Court Participants. *Psychiatric Services,* 67 (4). 384-390.

Hannah-Moffat, K., & Shaw, M. (2001). Situation risquée : le risque et les services correctionnels au Canada. *Criminologie,* 34 (1), 47-72.

Hannah-Moffat, K., & Maurutto, P. (2012). Shifting and targeted forms of penal governance: Bail, punishment and specialized courts. *Theoretical Criminology,* 16(2), 201-219.

Harcourt, B. (2011). Reducing mass incarceration: Lessons from the desintitutionalization of mental hospital in the 1960s. *University of Chicago Law and Economics*, 542, 37 p.

Harris, A. & Lurigio, J.A. (2007). Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and violent behavior,* 12(5), 525-551.

Hartford, K., R. Carey et J. Mendoca (2007). Pre-arrest diversion of people with mental illness: Literature review and international survey. *Behavioral Sciences & The Law*, 24(6), 845-856.

Hasselberg, N., Grawe, R.W., Johnson, S. et Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway : are the crisis resolution teams fulfilling their role ? 11(96) https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-96

Hiday, V. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., & Wagner, H. R. (2001). Victimization: A link between mental illness and violence? International Journal of Law and Psychiatry, *24(*6), 559-572

Horwitz (1982). The Social Control of Mental Illness. New York : Academic Press, Studies on Law and Social Control, xi, 212 p.

Houssin, D. (2013). Indépendance et expertise : santé publique et prévention des conflits d'intérêts. *Pouvoirs*, 147, 4, 111-121.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (1991). Bref historique de l'hôpital St-Jean de Dieu. http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/historique.pdf

IPPM. (2010). Rapport annuel 2014-2015 IPPM : Montréal. file:///Users/AADM/Downloads/__CMS_Media_6334_35_fr-CA_0_rapportannuel2014_2015.pdf

Isaac, R. J. et Armat, V. C. (1990). Madness in the streets: How psychiatry and the law abandoned the mentally ill. New York, NY, US: Free Press.

Jaccard, R. (1979). *La folie*. Que sais-je, Paris : PUF.

Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. & Ambrosini, D. L. (2009). Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec,* 34 (2), 171-197.

Jaimes, A., & Crocker, A. (2010). Réussites et défis du programme d'accompagnement justice et santé mentale : un regard sur la première année de fonctionnement. *Le Partenaire,* 19(1), 14-17.

Jaccoud, M. et Mayer., Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.

Jetté, C. (2008). Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Journal of the Legislative Council of the Province of Lower Canada. (1824). Appendice, (1), février 1824. Canada.

Journal St-François. (2015). Trois hommes condamnés à mort à Salaberry-de-Valleyfiel. https://www.journalsaint-francois.ca/trois-hommes-condamnes-a-mort-a-salaberry-de-valleyfield/

Kaiser, H. (2009). Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l'État. *Santé mentale au Québec*, 342, 93–121.

Kaiser, H. (2009). Lois en matière de santé mentale au Canada : reconnaître et rectifier une situation problématique. *Santé mentale au Québec*, 342, 75–91.

Kaufmann, J.C. (2002). Théorie, critique, émancipation. *Le débat,* 119 (2), 138-143.

Kaufman, A.R. (2007). Should we use law enforcement for emergency transportation of people with mental illness? *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 3.

King, M.S. (2009). *Solution-focused Judging Bench Book*, Melbourne, Australasian Institute of Judicial Administration and the Legal Services Board of Victoria, https://www.cuttingedgelaw.com/blog/solution-focused-judging-bench-book

Kirby, M.J. et Keon, W.J. (2006). Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sen/yc17-0/YC17-0-391-2-1-eng.pdf

Kopelovich, (2013). Procedural justice in mental health courts: judicial practices, participant perceptions, and outcomes related to mental health recovery. *International Journal of Law and Psychiatric,* 36(2), 113-120.

Laberge, D. et Morin, D. (1993). Troubles mentaux et intervention pénale. Questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord, *Déviance et société*, 17(3), 309-348.

Laberge, D., Morin, D., Robert, M. (1995). La réforme du Code criminel canadien en matière de troubles mentaux et son impact sur la détention des justiciables, *Criminologie*, 28(2), 61-85.

Laberge, D., Landreville, P. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33 (2), 81-107.

Laberge D., Landreville P. & D. Morin. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. Criminologie, 33(2), 81-107.

Lafortune, D. & Vacheret, M. (2009). La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. *Santé mentale au Québec*, 343, 147–170.

Lalonde, M., Poupart, J. & Dozois, J. (1982). L'expertise de la dangerosité. *Criminologie,* 152, 7–25.

Lamb, H.R., Weinberger, L.E. et Gross, B.H. (2004). Mentally ill persons in the criminal justice system : some perspectives. *Psychiatry Quartely*, 75(2), 107-126.

Landreville, P. Laberge, D. & Morin, Daphné. (2000) Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie,* 332, 81–107.

Lamboy, B. (2005). La santé mentale : états des lieux et problématique. *Santé publique*, 17 (4), 583-596.

Lasch, C. (2000). *La culture du narcissisme, la vie américaine à un âge de déclin des espérances.* Climats.

Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). The review Board systems in Canada : An overview of results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study. Ottawa. Department of Justice Canada. https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/rr06_1.pdf

Lauzon, J. (2002). L'application judiciaire de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux. *Revue de droit de l'Université Sherbrooke,* 219-315.

Laval, C. (2005) La santé mentale : une exigence de débat démocratique. Dans Jouber, M. et Louzoun, C. (dir.), *Répondre à la souffrance sociale* (137-145) Eres : Paris.

Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.

Lerner-Wren, G. (2009). Mental health courts : Serving justice and promoting recovery. *Annals of Health Law*, 19(3), 577-593.

Lézé, S. (2013). Qu'est-ce que la psychiatrie aujourd'hui ?. *L'Information psychiatrique*, 89 (2), 115-119.

Lézé, S. (2006). Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains ». *Champ pénal/Penal field*, 5.

Lupton, D. (1999). *Risk.* Abingdon-on-Thames : Routledge.

Lurigio, A. J., & Lewis, D.A. (1987). The criminal mental patient. *Criminal justice and behavior,* 14(3), 268-287.

Lurigio, A. J., & Snowden, J. (2009). Putting therapeutic jurisprudence into practice: The growth, operations, and effectiveness of mental health court. *Justice System*

Journal, 30(2), 196-218.

Luskin, M.L. (2015). More of the Same? Treatment in Mental Health Court. *Law and Human Behavior*, 37, 4, 255-266.

Luskin, M.L. et Ray, B. (2015). Selection into Mental Health Court. Distinguishing Among Eligible Defendants. *Criminal Justice and Behavior*, 42(11), 1145-1158.

MacDonald, S.-A., C. Bellot, M.-E. Sylvestre, A.-A. Dumais Michaud et A. Pelletier (2014). « Tribunaux de santé mentale : procédures, résultats et incidence sur l'itinérance. Rapport de recherche présenté au gouvernement du Canada par l'entremise de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance ». http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/RapportPAJ-SAMacDonald%20et%20coll_TSM_final_sept2014.pdf

Martuccelli, D. (2010). Critique de la philosophie de l'évaluation, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. CXXVIII-CXXXIX, 27-52.

Mary, P. (2001). Pénalité et gestion des risques : vers une justice actuarielle en Europe ? *Déviance et société,* 25, 33-51.

Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social.* Boucherville : Gaétan Morin.

Millaud, G. (1996). Troubles mentaux et violence. *Criminologie*, 29, 7-23.

Miller, S., & Gatta, J. (2006). The use of mixed methods models and designs in the human sciences: Problems and prospects. *Quality & Quantity*, 40(4), 595-610.

Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. *Revue française de sociologie,* 16 (2), 447-453.

Minard, M. (2013). *Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics.* Toulous : Érès.

Ministère de la Santé et des services sociaux (1998). Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Publication Gouv. Québec : Québec.

Ministère de la Santé et des services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale : La forces des liens. Publication Gouv. Québec : Québec.

Ministère de la Santé et des services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale : faire ensemble et autrement. Publication Gouv. Québec : Québec.

Ministre de la justice. (2015). Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux. Gouvernement du Canada.

Miller, S.I., Gatta, J.L. (2006). The use of mixed methods models and designs in the human sciences: problems and prospects. *Qual. Quand.* 40, 595–610

Monahan, J. (1981). The Clinical Prediction of Violent Behavior. *Psychiatric Annals,* 12(5), 509-513.

Monahan, J. & Steadman, H. (1983). Crime and mental disorder: an epidemiological approach. Dans M. Tonry, N. Morris (Eds.), pp. 145-189. *Crime and Justice: an annual review of research*, Chicago: University of Chicago Press.

Monahan, J., Redlich, A.D., Swanson, J., Robbins, P.C. Appelbaum, P.S., Petrila, J., Steadman, H.J., Swartz, M., Angell, B. & McNiel, D.E. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatric Services,* 56(1), 37-44.

Moran, R. (1985). The modern foundation for the insanity defense: The cases of James Hadfield (1800) and Daniel McNaughtan (1843). Annals of the American Academy of Political and Social Science, *477*, 31-42.

Moran. J.E. (2014). Mental disorder and criminality in Canada. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(1), 109-116.

Moreau, D. (2009). De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique, Revue Internationale des Livres et des Idées.

Morissey, J.P., Domino, M.E. et Cuddeback, G.S. (2016). Expedited Medicaid Enrollment, Mental Health Service Use, and Criminal Recidivism Among Released Prisoners With Severe Mental Illness. *Psychiatry services,* 67(8), 842-849.

Munetz, M.R., Griffin, P.A. (2006). Use of the Sequential intercept modal as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatry services,* 57(4), 544-590.

Namian, D., et Grimard, C. (2013). Pourquoi parle-t-on de sérendipité aujourd'hui ? Conditions sociologiques et portée heuristique d'une notion "barbare", https://journals.openedition.org/sociologies/4490

Namian, D. (2011). *Vivre, survivre et mourir accompagné aux frontières de la vie moindre.* Thèse de doctorat. Montréal. UQAM

Nault, G. (2013). Quand la réponse du rétablissement se substitue à la souffrance de la peine. In *La souffrance à l'épreuve de la pensée,* pp.151-168. Moreau, N., Larose-Hébert, K. (eds.). Montréal. PUQ.

Ombudsman de Montréal. (2015). Programmes sociaux à la Cour municipale…De quoi s'agit-t-il ? https://ombudsmandemontreal.com/programmes-sociaux-a-la-cour-municipale-de-quoi-sagit-il/4333

Otero, M. et Roy, S. (2012). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui.* Montréal : PUQ.

Otero, M. (2014). Comment étudier la folie dans la cité ? Spécificité et non-spécificité de la folie civile. In *Penser les liens entre santé mentale et société,* pp.73-113. Moreau, N. et Doucet, M.C. (eds). Montréal : PUQ

Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : Amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies, Théories et Recherches.* http://sociologies.revues.org/3268.

Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine.* Sainte-Foy : PUL.

Otero, M. (2015). *Les fous dans la cité.* Boréal : Montréal.

Padis, M-O. (2015). Dernière le diagnostic : les malaises ordinaires. *Esprit*. Mars-Avril, 14-18.

Paillé, P. (2007). La recherche qualitative. Une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (Éd.), Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche (pp. 409-443). Québec : Presses de l'Université du Québec

Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal : Les Éditions du Jour.

Paradis, A. (1993). De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral. *Philosophiques*, 20(1), 69-112.

Parent, H. et Morissette, L. (2009). La capacité en droit criminel : analyse juridique et médicale du seuil d'intervention de la justice criminelle en matière de négligence pénale. *Les cahiers de droit,* 50(3-4), 749-770.

Peretz, H. (1998). *Méthodes en sociologie : l'observation*. La Découverte : Paris

Parhar, K.K., Wormith, S., Derkzen, D.M., Beauregard, A.M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal justice and behavior*, 35(9), 1109-1135.

Perrault, I. Thifaut, M.C. (2012). Les Soeurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1975. *Études d'histoire religieuse,* 78, 59-79.

Petrila, J. (2003). An introduction to special jurisdiction courts. *International Journal of Law and Psychiatry,* 26, 3-12.

Pilon, M. (2002). *Troubles mentaux et droit pénal canadien*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement.

Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupart, J.P. Deslaurier, L.H. Groulx, R. Mayer et A. Pires. (Eds.) pp. 113-169, La recherché qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin..

Pollack, S. (2009). 'You can't have it both ways' : Punishment and treatment of imprisoned women. Journal of Progressive Human Services, *20*(2), 112-128.

Pollock, H. (1938). Is the paroled patient a threat to the community? *Psychiatric Quarterly*, 12, 236-244.

Poupart, J. (1997). *L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayeret et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal : Gaëtan Morin.

Poupart J., Dozois J., Lalonde M. (1982). L'expertise de la dangerosité, Criminologie, « criminels et psychiatrie », *Criminologie*, 15(2), 7-25.

Postel, J. et Quetel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod.

Pratt, J. (2001). Dangerosité, risque et technologies du pouvoir, *Criminologie,*34(1), 101-121.

Protais, C. et Moreau, D. (2009). L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. *Champ Pénal*, 6. DOI : 10.4000/champpenal.9473

Protecteur du citoyen. (2011a). Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001). Retiré de https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-speciaux/les-difficultes-d-application-de-la-loi-sur-la-protection-des-personnes-dont-l-etat-mental-presente-un-danger-pour-elles-memes-ou-pour-autrui-l-r-q-c-p-38-001-

Protecteur du citoyen. (2011b). *Rapport du Protecteur du Citoyen Pour des Services Mieux Adaptés aux Personnes Incarcérées Qui Éprouvent un Problème de Santé Mentale.* 1-94. Retiré de http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports-_speciaux/6-05 11_Rapport_sante_mentale_FINAL_fr_avec_lettre_au_president.pdf.

Provencher, D. (2010). La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance ? *Le Partenaire, 19* (1), 18-24.

Provost, J. (2011). Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale "PAJ-SM" à la cour municipale de la Ville de Montréal. Bilan et perspectives, https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr francais_/c entredoc/publications/couple-famille/rapport_pajsm.pdf

Quirion, B., Jendly, M. & Vacheret, M. (2012). Le système pénal et la (dé) responsabilisation des acteurs. Déviance et société, *36, 235-241.*

Raaflaub, W. (2005). The mental disorder provisions of the Criminal Code. Ottawa, Ontario : Bibliothèque du Parlement.

Rapport Prévost. (1970). La société face au crime. Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration de la justice en matière criminelle et pénale au Québec, vol. 5 : « Omnibus », Québec : Éditeur officiel/Ministère de la Justice du Québec.

Raynault, M.F., Tessier, S. & Hyppolite, S.R. (2017). *La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations.* Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Memoire-pauvrete_final-20170630.pdf

R. c. Bouchard-Lebrun (2011) 3 R.C.S. 575. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/7976/index.do

R. c. Chaulk (1990) 3 R.C.S. 1303. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/707/index.do

R. c. Cooper (1993) 1 R.C.S 146. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/950/index.do

R. c. Oomen (1994) 2 R.C.S. 507. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1153/index.do

R. c. Turcotte (2013) QCCA 1916. Récupéré de https://canliiconnects.org/en/summaries/28306

R. c. Schwart (1977) 3 R.C.S 575. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/5801/index.do

R. c. Swain (1991) 1 R.C.S. 993. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/753/index.do

R. *c.* Whittle (1994) 2 R.C.S. 914. Récupéré de https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1165/index.do

Reichardt, C.S. et Rallis, S.F. (1994). The qualitative-quantitative debate: new perspectives. *Americain Evaluation Association*, San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.

Redlich, A. D., Hoover, S., Summers, A. & Steadman, H. J. (2010). Enrollment in mental health courts: Voluntariness, Knowingness, and Adjudicative Competence. *Law and Human Behavior,* 34, 91-104.

Redlich, A.D. (2013). «The Past, Present, and Future of Mental Health Courts», dans R.L. Wiener et E.M. Brank (dir.), *Problem Solving Courts. Social Science and Legal Perspective*, p. 147-164. New York : Springer.

Renault, E. (2008). *Souffrances sociales*, Paris, La découverte.

Renneville, M. (2011). La dangerosité en psychiatrie : perspective historique. *Cahiers d'Études pénitentiaires et criminologiques.* https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01392392/document

Robin, M., Pochard, F., Ampélas, J.F., Kannas, S., Bronchard, M., Mauriac, F., Bisson, F., Meppen, S. & Pastour, N. (2001). Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Familiale*. 2(22), 133-15.

Roelandt, J.L. (2009). Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique*, 6(85), 525-535.

Rogers, C. (1945). The non-directive method as a technique for social research. *American Journal of Sociology,* 50(4), 279-283.

Roy, S., Hurtibise, R. (2013). L'étude des problèmes sociaux. Entre stagnation et renouvellement. Dans Otero Marcelo, et Roy, Shirley (dir.), pp. 317-347, *Qu'est ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité ?* St-Foy, PUQ.

Sales, G.N. (1991). A comparison of referrals by police and other sources to a psychiatric emergency service. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(9), 950-952.

Sanchez-Algarra, P., Anguera, T.M. (2012). Qualitative/quantitative integration in the inductive observational study of interactive behaviour :impact of recording and coding among predominating perspectives. *Qual Quant*, 47, 1237-1257.

Sarteshi, C.M. & Vaughn, M.G. (2011). Assessing the effectiveness of mental health courts: A quantitative review. *Journal of criminal justice*, 39, 12-20.

Savoie-Zajc, L. (2007), Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives,* 5, 99-111.

Schneider, R. D., Bloom, H., & Heerema, M. (2007). *Mental Health Courts : Decriminalizing the Mentally Ill.* Toronto : Irwin Law.

Schneider, R. D. (2010). Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, *33*(4), 201-206.

Senon, J., Voyer, M., Paillard, C. & Jaafari, N. (2009). Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux. *L'Information Psychiatrique*, 85, 719-725.

Simmel, G. (1998). *Les pauvres.* PUF : Paris

Slinger, E. & Roesch, R. (2010). Problem-solving courts in Canada: A review and a call for empirically-based evaluation methods. *International Journal of Law and Psychiatry, 33,* 258-264.

Slingeneyer, T. (2007). La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité. *Champ pénal*, 4, DOI : 10.4000/champpenal.2853

Slovic, P. (2000). *The perception of risk.* England: Earthscan Publications.

Solicitor General Canada/Rapport Chalke. (1972). The general program for the development of psychiatric services in federal correctional services in Canada. https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/rc%20451.4.p68%20c3%201973-eng.pdf>.

Steadman, H.J., Cocozza, J.J. & Melick, M.E. (1978). Explaining the increased arrest rate among mental patients: the changing clientele of state hospital. *American journal psychiatry,* 135(7), 816-820.

Steadman, H.J., Davidson, S., Brown, C. (2001). Law and psychiatry: mental health courts : their promise and unanswered question. *Psychiatric Services,* 52(4), 457-458.

Steadman, H.J., Callahan, L., Robbins, P.C., Vesselinov, R., McGuire, T. & Morrissey, J.P (2014). Criminal justice and Behavioral health care costs of mental health court participants: A six-year study. *Psychiatric Services*m 65(9), 1100-1104

Steadman, H.J. & Morissette, D. (2016). Police Responses to Persons with Mental Illness: Going Beyond CIT Training. *Psychiatric Services,* 67(10), 1054-1056.

St-Cyr-Tribble, D. & SaintOnge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, 113-125.

Stuart, H. & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadien Journal of psychiatry,* 46(3), 245-252.

Sylvestre, M.E. (2012). La science est-elle contre les pauvres ? L'analyse du discours savant et politique sur les vulnérables. *Nouvelles pratiques sociales*, 1, 30-48.

Sylvestre, M.E., Duchesne Blondin, A., Bello, C., Fortin, V. & Blomley, N. (2018). Les conditions géographiques de mise en liberté et de probation et leur impact

sur les personnes marginalisées à Montréal. https://observatoireprofilages.files.wordpress.com/2018/04/osp-rapport-2018-04-03.pdf

Szmukler, G. & Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behavioral science and law,* 31(1), 125-140.

Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, AC. & Portera L. (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal Psychiatry*, 154, 88-93.

Teplin, L.A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39(7), 794-803.

Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the national crime victimization survey. *Archives of General Psychiatry,* 62(8), 911-921.

Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.

Tulloch, J. & Lupton, D. (2003). *Risk and everyday life*. Thousand Oaks : SAGE.

Trupin, E. & Richards, H. (2003). Seattle's mental health courts: early indicators of effectiveness. *International Journal of Law and Psychiatry,* 26, 33-53.

Tuke, D.H. (1884). *The insane in the United Stated and in Canada.* London : Lewis.

Vacheret, M. et Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et Société*, 35(4), 485-501.

Vacheret, M., Dozois, J. & Lemire, G. (1998). Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque. *Déviance et société,* 22(1), 37-50.

Vaillancourt, Y. (2011). Le modèle québécois de politique sociale, hier et aujourd'hui. Cahier du LAREPPS, 11-09, 39 p.

Vallée, C., Poirier, L.R., Aubé, D., Fournier, L., Caulet, M., Roberge P. & Lessard, L. Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en oeuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*. 34(1), 35–53

Van Campenhoudt, (2012). Réseau ou champ ? Deux concepts à l'épreuve du pouvoir dans le travail en réseau. *Cités,* 51, 47-63

Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris : Armand Colin.

Vrancken, D. (2002). L'état social face aux nouvelles attentes compassionnelles. Le cas de la Belgique. *Nouvelles pratiques sociales,* 15(2), 53-65.

Vrancken, D. et Macquet, C. (2006). *Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société.* Paris : Belin.

Wacquant, L. (2000). The new peculiar institution, *Theoretical Criminology*, 4(3), 377-389.

Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres*, Marseille : Agone.

Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire Québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au québec,* 4(1), 102-122.

Wexler, D.B. (2013). Getting and Giving: What Therapeutic Jurisprudence Can Get from and Give to Positive Criminology. *Phoenix Law Review,* 6, 907-915.

Wiener, R.L. et L. Georges (2013). «Social Psychology and Problem-Solving Courts: Judicial Roles and Decision Making», dans R.L. Wiener et E.M. Brank (dir.), p. 1-22, *Problem Solving Courts. Social Science and Legal Perspective*, New York : Springer.

Winick, B. (1997). The jurisprudence of therapeutic jurisprudence. *Psychology. Public Policy and Law*, 3(1), 184–206.

Winick, B. J. (2003). Therapeutic jurisprudence and problem solving courts. *Fordham Urban Law Journal, 30*, 1055-1090.

Winick, B. J. (2008). A therapeutic jurisprudence approach to dealing with coercion in the mental health system. *Psychiatry, psychology and law,* 15(1), 25-39.

Winick, B. J. (2013). Problem solving courts: Therapeutic jurisprudence in practice. Dans R.L. Wiener et E.MM Brank (dir.), p. 211-236, *Problem solving Courts. Social science and Legal Perspective,* New York, Springer.