

Université de Montréal

Doubles stigmates : au croisement de la judiciarisation et de la folie

par
Dominique GAULIN

École de travail social
Facultés des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en travail social

Novembre 2017
© Dominique Gaulin, 2017

Résumé

Les résultats des études empiriques divergent quant aux apports de la judiciarisation de la personne qui compose avec un problème de santé mentale et qui commet un crime : certains affirment que la judiciarisation normalise la personne et lui fait prendre conscience de ses actes, d'autres mentionnent qu'il s'agit d'un stigmate supplémentaire qui rend le parcours de cette personne encore plus difficile. L'objet de ce mémoire est l'expérience combinée de santé mentale et de judiciarisation et les conséquences de cette double stigmatisation sur la trajectoire personnelle de ceux qui la vivent. Ce mémoire se structure autour de l'analyse de dix entrevues réalisées auprès de personnes composant avec un trouble de santé mentale qui se sont retrouvées à de multiples reprises au sein du système judiciaire. Les entrevues se sont déroulées autour de cinq principaux thèmes : l'identité et les trajectoires personnelles, les expériences en lien avec la santé mentale, les expériences judiciaires, les croisements entre ces deux types d'expériences et leurs conséquences sur leur identité et, finalement, les perspectives pour les participants et l'aide qu'ils souhaitent obtenir. Nous nous intéressons particulièrement aux perceptions des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale sur leurs expériences de judiciarisation. Par judiciarisation, nous entendons le fait qu'une personne soit accusée à la cour municipale ou criminelle, et ce, à plus d'une reprise. L'objectif ici est de présenter l'expérience des personnes composant avec un trouble de santé mentale au sein du système judiciaire et d'explorer les enjeux liés à la judiciarisation de la santé mentale. Il s'agit également d'identifier les conséquences sur le plan de la perception identitaire de l'articulation de ces deux types d'expériences, par les perceptions que ces personnes entretiennent face à leurs relations avec les différents acteurs sociojudiciaires et médicaux ou encore par leurs différentes trajectoires personnelles. Les concepts de stigmate, d'étiquette et d'identité sont au centre de notre analyse et soulignent l'importance du contexte social dans l'intériorisation d'une identité donnée. Plus précisément, notre étude démontre que la manière dont l'individu interprète ses expériences judiciaires et médicales influe sur sa manière d'interagir avec les différents acteurs sociaux et sur la place qu'il décide d'occuper au sein de la société, et que cette interprétation dépend du poids qu'il donne aux étiquettes qui lui sont accolées. Ce mémoire se concentrant sur l'acteur et ses perceptions, l'angle de l'interactionnisme symbolique a été privilégié afin de rendre compte des

trajectoires des acteurs et d'identifier les conséquences de ces dernières au plan de la perception identitaire.

Mots-clés : Identité, santé mentale, judiciarisation, trajectoire, stigmatisation

Abstract

Empirical studies have reached somewhat inconsistent results regarding whether judicialization is beneficial or is a backdraw for individuals with mental health problems. Some argue it is a way to normalise the person, others claim it is an additional stigma adding a supplementary burden to their challenges. This Master's thesis research is structured around ten interviews conducted with individuals who experience mental health issues and who have been involved with the legal system more than once. The interviews were conducted around five themes: identity and personal trajectory, mental health experiences, judicial experiences, articulation between the mental health and judicialization experiences and trajectories and their consequences on their identity and life courses. By experience, we mean to understand what it is like to live with a mental illness and moreover a criminal background and the stigma around those two experiences. The goal of this research is to understand their perceptions of living with a mental illness and their experiences of judicialization. By judicialization we understand that a person is or has been accused of a crime at the municipal or criminal court more than once. The objective here on the one hand is to present the experiences of people living with a mental health problem within the legal system and on the other hand, to explore the issues connected to the penalization of mental health problems. We also interrogate participants' understanding of the consequences on their identities of these two interlocking experiences. In particular, we explore through their perceptions their relations with the various socio-legal actors, medical via their personal trajectories. The concepts of stigmas and identity are at the center of our analysis and emphasize the importance of social context in the interiorization of a given identity. More precisely, our study shows that the way in which the person will interpret his experiences, legal and medical, will have consequences on his interactions with the various social actors and will affect his capacity to a part of the community he lives in, depending on how he integrates, or not, the various stigmas and labels given to him. This research centers its analysis on the actor and his perceptions. With this intention, symbolic interactionism was privileged in order to give an account of the trajectories of the actors and to identify the consequences of their identity.

Keywords : Identity, mental health, penalization, trajectory, stigmatisation

Table des matières

Résumé	III
Abstract	V
Liste des tableaux	IX
Remerciements	X
Introduction	11
Chapitre I : Présentation de la problématique	13
Chapitre 2 : État des connaissances	17
2.1 Évolution du contexte légal de la maladie mentale	17
2.1.1 Fin du 19 ^e et début du 20 ^e siècle : La protection et l'enfermement	18
2.1.2 Années 60 : Le désir d'humaniser les soins	19
2.1.3 Années 70 : Le droit des malades mentaux	20
2.1.4 Années 80 : La désinstitutionnalisation	22
2.1.5 1990 à aujourd'hui : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui	23
2.2 La folie et sa place dans l'espace public	27
2.3 Santé mentale et stigmatisation	29
2.4 Stratégies de réponses à la stigmatisation	32
2.5 Avoir un trouble de santé mentale au sein du système judiciaire	34
2.6 Solutions existantes en lien avec la problématique	43
2.6.1 Programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation	43
2.6.2 Programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation	45
2.6.3 Tribunaux en santé mentale	45
2.7 Question et objectifs de recherche	47
2.8 Pertinence du sujet de recherche	48
Chapitre 3 : Conceptualisation	50
3.1 Cadre théorique	50
3.1.1 Interactionnisme symbolique	50
3.1.2 Théorie de l'étiquetage	52
3.2 Concepts	54
3.2.1 Concepts de trajectoire et d'identité	54
3.2.2 Concept de vécu	57

3.2.3 Concept de stigmaté	57
Chapitre 4 : Stratégies méthodologiques	59
4.1 Approche privilégiée et type de recherche	59
4.2 Échantillonnage	61
4.2.1 Type d'échantillonnage	61
4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	61
4.2.3 Recrutement de l'échantillon	61
4.2.4 Description de l'échantillon	62
4.3 Cadre technique et outil de collecte de données	64
4.4 Aspect éthique	64
4.4.1 Enjeux éthiques	64
4.4.2 Limite de l'étude	66
4.5 Analyse des données	67
Chapitre 5 : Description des résultats	71
5.1 Identité	71
5.1.1 Historique familial	71
5.1.2 Difficultés concomitantes	76
5.1.3 Soutien familial ou extrafamilial	78
5.2 Expériences relatives à la santé mentale	80
5.2.1 Relations avec les institutions en santé mentale	80
5.2.2 Rapport à autrui	82
5.2.3 Sentiment lié à la santé mentale et conséquences sur la perception de l'identité	84
5.3 Expériences au sein des institutions judiciaires quand on a un trouble de santé mentale	87
5.3.1 Relations avec l'institution judiciaire	87
5.3.2 Relations avec les policiers	89
5.3.3 Expérience carcérale	91
5.3.4 Sentiments liés à l'expérience judiciaire	95
5.4 Articulation des expériences en santé mentale et de celles au sein du système judiciaire et conséquences sur la perception identitaire	98
5.5 Perspectives pour le participant et aide souhaitée	101
5.6 En résumé	106
Chapitre 6 : Discussion	107
6.1 Étiquetage et la perception identitaire	107

6.2 Interactions avec autrui, trajectoire de vie et perception identitaire	114
6.3 Moyens de protection	118
6.4 Importance de trouver sa place et du lien	121
Conclusion	123
Bibliographie	127
Annexe 1 : Formulaire de consentement	1
Annexe 2 : Affiche de recrutement	4
Annexe 3 : Grille d'entrevue	5

Liste des tableaux

Tableau 1 : Listes des participants, diagnostics et accusations

Tableau 2 : Articulation des expériences judiciaires et en santé mentale

Remerciements

L'écriture d'un mémoire requiert temps, patience et dévouement. Le processus est bien souvent parsemé d'embûches et de doutes. C'est pourquoi il est impossible de ne pas remercier toutes les personnes qui m'ont entourée durant toutes les étapes de ce travail. Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Sue-Ann Mac Donald. Ta générosité, ta rigueur et ta grande présence ont été des outils précieux dans l'aboutissement de ce mémoire. Tu as su me transmettre ta passion pour la recherche et tu m'as permis de m'épanouir à travers une multitude de projets.

Un grand merci à mes parents qui ont toujours été derrière moi et qui m'ont encouragée à persévérer et à donner le meilleur de moi-même. Merci également à ma sœur, Sophie, qui me fait tant rire et qui m'a été d'une grande aide. Merci à ma tante et à mon oncle qui m'ont toujours soutenue et donné la petite poussée nécessaire à l'avancement de ce projet.

Un immense merci aux organismes *Diogène*, *Mission Old Brewery* et la *Clinique juridique itinérante*, qui ont accepté de m'aider et m'ont soutenue dans le recrutement de participants. Votre travail est remarquable.

Pour terminer, je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer afin de me raconter leur histoire. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Votre courage, votre détermination et surtout votre infinie générosité m'ont guidée et inspirée tout au long de mon parcours. J'espère avoir su rapporter vos propos avec fidélité. Merci.

Introduction

La stigmatisation est un enjeu majeur pour les populations marginalisées, surtout celles composant avec un problème de santé mentale. Le but de ce mémoire est de faire connaître les expériences des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale qui se retrouvent au sein du système judiciaire. Il s'agit de mettre en lumière les conséquences, sur les plans identitaire et social, du croisement de ces deux expériences à partir du discours des participants.

Dresser un portrait de la réalité de ces personnes n'est pas chose facile. En effet, les enjeux reliés à la santé mentale sont complexes tant pour les intervenants que pour les chercheurs ou décideurs politiques qui s'y intéressent. Ces enjeux deviennent encore plus complexes lorsqu'ils sont en cooccurrence avec d'autres problématiques telles que la judiciarisation.

Ceci dit, plusieurs préjugés entourant la santé mentale perdurent, notamment celui que ces personnes seraient dangereuses, impulsives, de faible intelligence ou encore paresseuses (Choe, Teplin, Abram, 2008; Giordana, 2010; Hiday, 2006; Provencher, 2010; Stip, Caron, Stuart, 2001). Les personnes ayant un trouble de santé mentale, de par les préjugés véhiculés à leur endroit, sont souvent stigmatisées et de surcroît ont peu de ressources pour faire face à leurs difficultés. De plus, ces personnes doivent régulièrement composer avec d'autres problématiques telles que la toxicomanie, la pauvreté tant économique que sociale et l'itinérance. Ces conditions de vie plutôt difficiles favorisent leur contact avec le monde judiciaire.

La littérature sur la problématique de la judiciarisation de la santé mentale permet de constater que les questions entourant les enjeux en santé mentale ne datent pas d'hier. En effet, depuis les années 60, la société québécoise s'est beaucoup interrogée sur le sort des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et plusieurs changements et réformes ont été apportés au système de santé et de services sociaux du Québec. Ces multiples changements font montre d'un désir de désinstitutionnaliser la santé mentale, de la faire « sortir des murs » (Provencher, 2010). Le but de la désinstitutionnalisation, certes noble, visait l'intégration dans la

société des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale par l'intermédiaire de points de service établis à divers endroits dans la communauté.

Toutefois, la désinstitutionnalisation n'a pas eu les effets escomptés puisque les ressources qui auraient dû être allouées afin de répondre aux besoins des personnes ayant un trouble de santé mentale se sont avérées insuffisantes (Provencher, 2010). En effet, il ressort de la littérature que l'échec du système de soins en santé mentale est responsable de la surreprésentation des individus atteints de troubles mentaux dans le système judiciaire (Provencher, 2010; Seltzer, 2005). Certaines personnes se sont donc retrouvées devant les tribunaux faute de ressources pour les aider.

L'intérêt porté pour cette problématique nous a menée vers des questionnements sur le vécu des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et se retrouvent au sein du système judiciaire. Il s'agit de comprendre comment ces personnes perçoivent l'articulation de leurs expériences au sein des institutions en santé mentale et judiciaires et si la judiciarisation influence leur manière de se définir et d'interagir avec la société qui les entoure. Le but de ce mémoire est de donner la parole aux personnes ayant un trouble de santé mentale qui se retrouvent au sein du système judiciaire puisqu'elles sont les mieux placées pour nous faire comprendre ce que représente la judiciarisation de la santé mentale et ses conséquences sur leur vie.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier pose la problématique. Le second fait le point sur l'état des connaissances en lien avec la santé mentale et sa judiciarisation et énonce les objectifs ainsi que la question de recherche ; dans un deuxième temps, nous présentons le cadre théorique de la recherche et les concepts sur lesquels l'étude s'est bâtie alors qu'une troisième partie porte sur la méthodologie qui a été privilégiée pour ce projet. Le quatrième chapitre dévoile les résultats de la recherche, qui sont ensuite discutés dans le chapitre suivant. Nous terminons en exposant les principales conclusions qui émergent de cette recherche.

Chapitre I : Présentation de la problématique

Les enjeux entourant les problèmes de santé mentale ont toujours été une préoccupation au sein des sociétés. Toutefois, ces enjeux ont été perçus et compris de différentes manières selon l'époque et la société dans lesquelles ils s'inscrivaient. (Bibeau, Sabatier, Corin, Tousignant et Saucier, 1989; Perreault, 2015) Malgré tous les avancements dans ce domaine, on prévoit que dans quelques années la maladie mentale sera la deuxième cause de détresse et d'invalidité, devancée seulement par les maladies cardiovasculaires (Fleury et Grenier, 2012). Mais pourquoi en sommes-nous là ? Comment expliquer que les personnes composant avec un trouble de santé mentale se retrouvent autant stigmatisées et bien souvent jugées comme des criminels ? Dans ce chapitre, nous tenterons de comprendre et d'expliquer comment la judiciarisation de la santé mentale est devenue un enjeu au sein de notre société.

Dans un premier temps, il importe de savoir qu'au Québec, un virage ambulatoire s'est amorcé dans les années 70 pour sortir les personnes souffrant de troubles mentaux des établissements (Doré, 1987). Le but de la désinstitutionnalisation, de prime abord noble, visait l'intégration des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale dans la société par le biais de points de service divers implantés dans la communauté. Nous parlions alors de « psychiatrie communautaire » (Doré, 1987). Ce phénomène n'a pas été sans conséquences pour les personnes qui bénéficiaient des services des grandes institutions psychiatriques. En effet, la désinstitutionnalisation a eu pour effet de laisser à elles-mêmes des personnes conjuguant avec d'importants problèmes de santé mentale, la communauté n'ayant pas les ressources nécessaires pour les aider et leur offrir les services dont elles avaient besoin. Certaines personnes, démunies sur les plans social et personnel, se sont retrouvées à habiter dans des milieux pauvres, en situation d'itinérance ou même de judiciarisation. Nous y reviendrons plus tard.

Dans un même ordre d'idées, les dernières décennies ont été caractérisées par l'accroissement de l'écart entre les riches et les pauvres. La mondialisation, qui s'est accompagnée de la transformation du monde du travail, de la précarisation des emplois, de la transformation des familles, etc. (Cloke, Milbourne et Widdowfield, 2002; Fitchen, 1992; Roy, Hurtubise et Rozier, 2003), ont fragilisé plusieurs tranches de la population, particulièrement les plus vulnérables. La

pauvreté ainsi que les autres tares sociales (telle l'itinérance et la santé mentale, ces deux problématiques étant régulièrement en concomitance) sont devenues davantage visibles aux yeux de la société et jugées comme étant indésirables. On a rapidement voulu les cacher, souvent par le recours à des mécanismes punitifs, afin de maintenir l'ordre public (Bellot et Morcelli, 2002; O'Sullivan, 2007).

Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont de celles qui ont été visées par ces mécanismes punitifs et qui ont grandement été touchées par les différentes transformations législatives et sociales. Ce sont généralement des personnes vulnérables, pauvres et pour la plupart peu scolarisées (Provencher, 2010). Elles ont tendance à s'isoler socialement et, à l'extrême, peuvent se retrouver dans la rue, ce qui les place sous la loupe des agents responsables de maintenir l'ordre social et la sécurité publique. Leur vulnérabilité combinée à ces conditions sociales et économiques pauvres fait en sorte que, faute de stratégies de survie, ces personnes se retrouvent souvent incarcérées pour des délits mineurs (Brink *et al.*, 2011; Provencher, 2010).

Ceci dit, les personnes itinérantes souffrant de troubles de santé mentale sont davantage criminalisées que les autres sans-abri (Bureau, Roy, Gendron et Millaud, 2001; Senon, Manzanera, Humeau et Gotzamanis, 2007) et ce phénomène serait en augmentation (Morin, Landreville et Laberge, 2000). Les crimes pour lesquels ces personnes sont judiciairisées sont souvent de faible gravité. En effet,

les infractions se rapportant à la délinquance acquisitive constituent le contentieux le plus important (30 %). Les délits d'ordre public représentent un peu plus du cinquième des affaires (22 %), dépassant légèrement les méfaits (19,7 %). Ces deux catégories sont importantes, car elles recouvrent des comportements visibles et souvent perçus comme dérangeants ou choquants (Laberge et Robert, 1992, p. 41).

Toutefois, la majorité des personnes aux prises avec un trouble mental grave n'est pas violente (Crocker et Côté, 2010). Une étude menée aux États-Unis a rapporté que seulement 3,6 % des personnes ayant un problème de santé mentale avaient eu des comportements violents sérieux sur une période de six mois (Swanson *et al.*, 2006). Selon les études internationales, de 10 % à 25 % des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ont des comportements violents sur

une période de temps variable (Crocker et Côté, 2010). Par ailleurs, les personnes ayant seulement un trouble mental grave commettent moins de délits violents que celles ayant uniquement un problème d'abus de substances (Crocker et Côté, 2010). Lorsqu'elle se manifeste, la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux est souvent dirigée contre elles-mêmes plutôt que vers les autres.

Dans la même veine, la croyance populaire a tendance à associer maladie mentale et violence. Ce lien perdure malgré les études démontrant que les personnes ayant des problèmes de santé mentale risquent davantage de subir la violence que de l'engendrer (Choe *et al.*, 2008; Hiday, 2006; Hiday, Swartz, Swanson, Borum et Wagner, 1999; MacArthur Foundation, 1998, cité dans Seltzer, 2005; Senon *et al.*, 2007; Teplin, McClelland, Abram et Weiner, 2005). À ce jour, la prévalence de la schizophrénie en milieu correctionnel est de 2 à 10 fois celle observée pour l'ensemble population (Erb, Hodgins, Freese, Müller-Isberner et Jöckel, 2001; Teplin, 1990; Wallace *et al.*, 1998, dans Crocker et Côté, 2010), ce qui contribue à entretenir le mythe du fou violent.

Comme l'expliquent Laberge et Robert (1992), le manque de ressources pour aider ces personnes serait dû au fait que de « nombreux intervenants craignent la clientèle qui aurait une histoire pénale » (p. 40). Toujours selon la même source, les personnes composant avec une problématique de santé mentale provoqueraient un sentiment de crainte et de désarroi chez les intervenants du milieu carcéral. De plus, une fois qu'elles seraient passées par le système de justice, une « étiquette de criminel » leur serait accolée et leur compliquerait l'accès aux services de santé, voire les en priverait (Laberge et Robert, 1992, p. 41). Ceci nous laisse croire que le système carcéral n'est pas organisé pour recevoir des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale et que, conséquemment, ces dernières ne reçoivent pas les soins et les services nécessaires à leur condition (Crocker et Côté, 2010).

Ces statistiques poussent à se demander si le processus judiciaire est réellement nécessaire et adapté pour ces personnes ou s'il ne fait que les stigmatiser davantage en leur accolant une seconde étiquette, celle de « criminel ». Ces personnes sont-elles judiciairisées par manque de ressources pour leur venir en aide ? Leur situation reflète-t-elle des lacunes ou des failles sur le

plan de l'application des lois ? Comment se fait-il que, bien que nous sachions que les personnes composant avec des problèmes de santé mentale ne sont pas plus dangereuses que les autres (Bureau *et al.*, 2001), ces dernières se retrouvent en grand nombre au sein de nos institutions carcérales ? Enfin, que pourrions-nous faire pour leur éviter le phénomène « de la porte tournante » au sein du système judiciaire ?

Chapitre 2 : État des connaissances

Ce chapitre propose une présentation de la littérature en lien avec la judiciarisation de la santé mentale. Dans un premier temps, nous dresserons le portrait historique de la santé mentale au Québec et de la manière dont elle a été comprise et traitée à travers le temps. Par la suite, nous traiterons de la stigmatisation reliée à la santé mentale et des réponses utilisées par les personnes touchées pour y répondre. Nous lierons ensuite la question de la santé mentale à celle de la judiciarisation pour finalement traiter des pistes de solution proposées par la société pour répondre à cette problématique. À la suite de cette recension, nous présenterons notre question de recherche et les objectifs qui y sont rattachés.

2.1 Évolution du contexte légal de la maladie mentale

Il est essentiel de se pencher sur l'évolution historique du traitement de la santé mentale afin de comprendre comment nous en sommes venus à adopter des réponses judiciaires aux enjeux entourant la santé mentale. D'un point de vue historique, l'évolution du traitement de la maladie mentale ou de la folie révèle une tendance de plus en plus forte à individualiser les enjeux entourant la santé mentale et à les enfermer dans un cadre davantage légal que médical ou social. Les problèmes de santé mentale deviennent des enjeux qui sont traités au même titre que la pauvreté et la criminalité, c'est-à-dire comme menaçant et questionnant la « normativité sociale » (Otero, 2005).

Dans cette section, nous présenterons une perspective historique du traitement de la santé mentale, de la « folie », tout en explorant la question de la normativité sociale décrite par Otero (2005, 2010). Nous verrons comment le concept de la « folie sociale », qui renvoie à ce qui est perçu par une société comme étant déplacé et immoral et touche le plus souvent les individus les plus vulnérables, ceux qui sont mis à l'écart (Otero, 2010), est indissociable du concept de la « folie mentale », réservé au domaine de la psychiatrie pour désigner ce qui est pathologique (Otero, 2010).

2.1.1 Fin du 19^e et début du 20^e siècle : La protection et l'enfermement

À la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, les problèmes de santé mentale, ou encore la folie, relevaient en premier lieu de la responsabilité individuelle et familiale. L'Église était également souvent appelée à venir en aide. Vers la fin du 19^e siècle, la possibilité d'enfermer une personne afin d'assurer sa propre protection et celle des autres apparaît dans le domaine de la santé mentale au Québec. En effet, en 1851, le concept de dangerosité et celui d'internement par un médecin sont introduits pour la première fois par l'*Acte pour autoriser la réclusion des personnes aliénées dans le cas où leur mise en liberté pourrait amener des dangers pour le public* (Lauzon, 2003). Ainsi, lorsqu'une personne ayant un problème de santé mentale présentait des comportements jugés dangereux, elle pouvait être exclue du fonctionnement normal de la société par un médecin ayant le pouvoir de décider de son internement dans un asile (Lauzon, 2003). Après des décennies d'enfermement indifférencié qui mélangeait les « fous » avec les « criminels » et les « pauvres », cette époque marque le début de l'enfermement différencié avec l'établissement de lois distinguant les « fous » des autres catégories d'individus appréhendés.

En 1925, l'adoption de la Loi concernant les asiles d'aliénés franchit une autre étape en permettant qu'un internement soit décrété à vie et qu'il soit définitif (Lauzon, 2003). L'enfermement de ces personnes au sein d'établissements asilaires était alors perçu comme un moyen pour les fous de socialiser ensemble et de créer des liens en dehors de la société (Cario, 1997). On décrit ce milieu comme étant calme et spacieux, tout désigné pour devenir leur milieu de vie. On veut alors mettre de l'ordre dans la société, et ceci signifie entre autres de « cacher » les fous.

En résumé, la fin du 19^e et le début du 20^e siècle sont caractérisés par l'indissociation de la maladie mentale et des problèmes sociaux, qui sont alors incompris par la société. On craint ces personnes qui dérangent et on accorde peu de crédit à ces gens qu'on perçoit comme étant malades et intraitables :

On enferme tant la fatalité biologique et héréditaire que la fatalité sociale et acquise, que l'on peine de nouveau à distinguer. En fonction de cette redéfinition quasi désespérée de la folie qui, une fois de plus, se mêle aux ratés tous azimuts de la socialisation courante jusqu'à s'y méprendre, on « traite » l'intraitable par des moyens grossièrement expérimentaux tels que les thérapies de choc ou les psychochirurgies, et on oublie le « fou social » dans l'hôpital psychiatrique, redevenu de nouveau asile. (Otero, 2010, p. 7)

2.1.2 Années 60 : Le désir d'humaniser les soins

La sortie en 1961 du livre de Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, lance un pavé dans la mare. Ce livre s'intéresse à l'institutionnalisation de la maladie mentale et aux relations entre l'institution et les malades mentaux et met en lumière la réalité des personnes internées en hôpital psychiatrique ; il décrit les rituels d'humiliation et dénonce les mauvais traitements subis par les malades internés et leur absence de droits.

Le vent de changement induit par cette publication au début des années 1960 se caractérise par le désir d'humaniser les soins, d'améliorer l'accès aux services dans la communauté et de respecter et de réaffirmer les droits de la personne, incluant les individus souffrant de problèmes en santé mentale. Ce même vent de changement se retrouve aussi chez nos voisins du sud, aux États-Unis : on y prône la psychiatrie communautaire et l'importance du milieu de vie, le virage ambulatoire est de mise. Enfin, certains patients revendicateurs et l'arrivée de nouveaux psychiatres plus progressistes ayant une formation davantage axée sur le droit des patients et la santé mentale contribuent à modifier l'approche en santé mentale (Lauzon, 2003).

À la suite de la sortie du livre de Pagé, une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques est créée ; elle est présidée par le Dr Dominique Bédard. Une cinquantaine de recommandations figurent dans le rapport Bédard, dont une préconisant que les mesures d'internement et de curatelle publique soient utilisées seulement pour des cas exceptionnels. Il y a un désir de considérer le malade mental comme un citoyen égal aux autres et ayant droit à la même qualité de soins que le malade physique (Lauzon, 2003).

2.1.3 Années 70 : Le droit des malades mentaux

Les années 70 sont caractérisées par le fait que l'État est reconnu officiellement responsable en matière de santé et de bien-être (Mayer, 2002) et par la création de plusieurs ressources en santé mentale, dont des unités de psychiatrie dans des centres hospitaliers (Dorvil, 1984). Il s'agit du premier pas vers le virage ambulatoire et le détournement des services vers les communautés, ce que l'on nomme la « désinstitutionnalisation » (Dorvil, 1984). Cependant, la capacité d'accueil devient rapidement insuffisante et un vent de conservatisme prône la responsabilité financière : des coupures s'ensuivent.

C'est dans un tel contexte que l'État-providence prend place entre les années 1960 et 1970. L'État-providence se définit par la prise en charge et l'amélioration du domaine social par le gouvernement (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2008). L'organisation communautaire s'enracine dans les quartiers et la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC) aide à soutenir ce réseau distinct du système de santé. Nous l'avons vu, les années 60 au Québec sont marquées par une idéologie de désinstitutionnalisation (Doré, 1987). S'ensuit un virage ambulatoire, dans les années 1970, avec l'entrée au pouvoir du Parti québécois. La désinstitutionnalisation avait pour but l'intégration des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale dans la société par l'intermédiaire de divers points de service dans la communauté. Nous parlions alors de psychiatrie communautaire (Doré, 1987). Ce phénomène n'a pas été sans conséquences pour les personnes qui bénéficiaient des services des grandes institutions psychiatriques, ces dernières ayant diminué leur capacité d'accueil de 50 % (Doré, 1987). En effet, la désinstitutionnalisation a laissé à elles-mêmes des personnes conjuguant avec d'importants problèmes de santé mentale, la communauté n'ayant pas les ressources nécessaires pour leur offrir les services adéquats. Ce manque de ressources a entraîné des réadmissions dans les services psychiatriques et les hôpitaux généraux.

En 1972, le législateur change les règlements quant à l'hospitalisation involontaire et adopte la Loi sur la protection du malade mental. L'internement involontaire n'est autorisé que dans la mesure où l'état mental d'un individu est susceptible de mettre en danger sa santé ou sa sécurité ou celles d'autrui. Cette loi entraîne une refonte complète des textes législatifs concernant l'internement dans un contexte de santé mentale. C'est ainsi que le Québec se dirige peu à peu

vers l'adoption de mesures législatives visant à mieux protéger les droits des personnes ayant des troubles mentaux (Lauzon, 2003).

Puis en 1975, la Charte des droits et libertés de la personne québécoise est adoptée, suivie en 1982 par l'adoption de la Charte canadienne des droits et libertés. Avec l'instauration de ces chartes, les droits à la liberté, à l'intégrité et à la sécurité de la personne sont reconnus comme des principes fondamentaux. Dans les années 70, la maladie mentale devient « une maladie comme les autres ». Cette phrase est encore utilisée de nos jours. L'un de ses objectifs est de diminuer les préjugés et la stigmatisation qui sont associés à la maladie mentale. Le réseau public de santé tel qu'on le connaît aujourd'hui prend forme.

Cependant, malgré le fait que la maladie mentale soit maintenant considérée au même titre que les autres maladies par le système de santé, son traitement demeure différent et inégal. En effet, tel que le rapporte Otero (2010), les patients ayant besoin d'un suivi psychiatrique doivent se plier à une sectorisation des secteurs, c'est-à-dire qu'ils doivent recevoir des services dans le quartier dans lequel ils habitent, ce qui n'est pas le cas pour les autres « maladies ». Cette nouvelle manière de faire ne répond pas adéquatement aux besoins des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et continue de stigmatiser les personnes ayant des problèmes de santé mentale, puisque bien souvent elles n'ont pas d'adresse fixe et ne répondent donc pas à la logique de sectorisation :

L'une des manifestations concrètes de la dynamique de ces transformations, conjuguée au désenfermement des populations autrefois tenues à l'abri du regard du public, est l'« apparition » des populations urbaines marginales et marginalisées qui interpellent l'image harmonieuse, tolérante et accueillante que la « communauté » pouvait se faire d'elle-même. Ces catégories de personnes identifiées explicitement dans les années 1980, un peu à la manière d'une liste d'épicerie de l'École de Chicago, comme « malades mentaux », « itinérants », « ex-détenus », « toxicomanes », « déficients intellectuels » et « mésadaptés socioaffectifs » (Amyot *et al.*, 1985) n'ont pas d'adresse fixe sur des périodes suffisamment longues pour être aisément admissibles auprès des dispensateurs de services psychiatriques administrativement désignés lorsqu'elles en ont besoin. (Otero, 2010, p. 10)

La maladie mentale se retrouve encore une fois stigmatisée et associée à l'itinérance et à la déchéance.

2.1.4 Années 80 : La désinstitutionnalisation

Durant les années 80, l'État accentue aussi la désinstitutionnalisation pour réduire les coûts associés au réseau de la santé, principalement des hôpitaux psychiatriques. La désinstitutionnalisation consiste à sortir les personnes malades des établissements, mais aussi d'éviter de placer les individus en milieu institutionnel. Les bases de ce mouvement sont la préférence accordée au maintien dans le milieu, la volonté de la communauté d'assumer la responsabilité des soins et l'efficacité économique des ressources communautaires comme agents de maintien et de traitement. À la fin des années 80, le taux de réadmission des personnes souffrant de problèmes de santé mentale pouvait s'élever jusqu'à 72 % (Doré, 1987). Ce phénomène a été nommé le « syndrome de la porte tournante » (Castro, Bahadori, Tortelli, Ailam et Skurnik, 2007; Dorvil, 1984). Par « porte tournante », nous entendons qu'une personne reçoit rapidement son congé de l'hôpital mais y est de retour peu de temps après et à de multiples reprises (Castro *et al.*, 2007). La période est également marquée par l'entrée de ces personnes dans le milieu judiciaire, entre autres dans les prisons qui se sont mises à accueillir de plus en plus d'individus avec des troubles de santé mentale. Cela s'explique par le fait que certaines personnes démunies tant sur le plan social que personnel se sont retrouvées à habiter dans des milieux pauvres ou en situation d'itinérance. Ces personnes entrent rapidement en conflit avec l'ordre public, ce qui mène à leur judiciarisation. On associe de plus en plus la santé mentale à la criminalité et, conséquemment, on croit ces individus dangereux et incapables de faire de bons choix. « Les centres urbains sont les espaces où les "nouvelles" populations vulnérables, mouvantes et visibles, qu'on associe de plus en plus à l'univers de la santé mentale perturbée, à la toxicomanie, à la marginalité et à la pauvreté extrême, circulent et évoluent avec plus de fréquence qu'ailleurs » (Otero, 2010, p. 12). L'intolérance envers ces personnes grandit puisqu'elles se retrouvent en plus grand nombre dans la rue et que leur vulnérabilité est visible (mendicité, pauvreté, toxicomanie, etc.), reflétant ainsi l'échec de notre société à soutenir et à aider ces personnes.

Nous sommes toujours dans un processus de désinstitutionnalisation. Toutefois, comme le mentionnait Mireille Doré, la désinstitutionnalisation ne reste pas à faire, mais plutôt à compléter et à relancer selon notre contexte québécois (p. 144). Les gouvernements investissent peu d'argent en santé mentale et se penchent rarement sur le phénomène de la porte tournante. Malgré le fait qu'il y ait davantage de prévention en santé mentale, le taux de réinstitutionnalisation, que ce soit par le système judiciaire ou médical, ne cesse d'augmenter (Doré, 1987). Le système judiciaire (police, tribunaux, système carcéral, etc.) prend de plus en plus en charge ces personnes puisqu'elles dérangent et nuisent à la cohésion sociale (Doré, 1987; Otero, 2005, 2010). En raison de leur isolement et de la précarité dans laquelle elles vivent, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ne trouvent pas leur place au sein de la société.

De plus, les communautés ont elles aussi leurs limites. La famille a évolué, s'est fragilisée et est devenue de plus en plus fragmentée ; il est difficile de compter sur l'aide des réseaux naturels. Les ressources dans la communauté sont insuffisantes pour accueillir les individus désinstitutionnalisés. Contrairement aux années 70 où la centralisation des services sous l'autorité de l'État était favorisée, les efforts ont été concentrés sur la décentralisation au cours de la décennie suivante (Doré, 1987), et c'est cette approche qui marque encore actuellement le système de santé.

2.1.5 1990 à aujourd'hui : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Depuis 1998, la Loi sur la protection du malade mental (1972) a été remplacée par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, dont l'unique critère de mise en œuvre est le danger que présente une personne pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. On dit de cette loi qu'elle s'harmonise mieux avec les dispositions des chartres des droits et libertés (Ménard, 1998) en protégeant davantage les droits de la personne contrainte de s'y soumettre. Parmi les modifications importantes apportées par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, notons celle de l'article 8 qui autorise un agent de la paix à amener, contre

son gré et sans l'autorisation d'un tribunal, une personne dans un établissement de santé à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. De plus, les particuliers, notamment les membres de la famille, peuvent également avoir recours à la Loi par le biais d'une requête de garde provisoire adressée à la Cour afin de contraindre une personne à une évaluation psychiatrique de son état mental que l'on présume dangereux. Enfin, l'ancienne notion de cure fermée est changée au profit de celle de garde en établissement et tient compte du consentement ou du refus de la personne interpellée à se soumettre à des soins.

Depuis l'implantation de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (aussi nommée « loi P-38 »), plusieurs rapports de recherche ont fait état de difficultés à l'égard de son application, notamment en rapport avec l'évaluation du danger associé à l'état mental d'une personne (Direction de la santé mentale, 2011; Kirouac, Dorvil et Otero, 2007; Protecteur du citoyen, 2011). La loi P-38 devait être utilisée comme une loi d'exception, c'est-à-dire après que toutes les autres interventions possibles aient été tentées sans succès pour assurer la protection des personnes en cause. Notons que le nombre de gardes en établissement a connu une nette augmentation depuis son entrée en vigueur (Kirouac *et al.*, 2007; Otero, 2005), alors que les autorités et le milieu avaient prévu une diminution. Des chercheurs se questionnent sur l'efficacité d'un système où des personnes sont gardées en établissement de soins psychiatriques, le plus souvent médicamentées, pour ensuite être retournées dans la communauté et à nouveau ramenées à l'hôpital ou dans le système de justice (Kirouac *et al.*, 2007).

Selon Kaiser (2009b), les tribunaux canadiens ne sembleraient pas vouloir agir à titre de « surveillant efficace de l'exercice du pouvoir de l'État par les psychiatres, s'accrochant plutôt à une vision paternaliste des lois en santé mentale et privant les parties plaidantes de tout le potentiel des contestations constitutionnelles. Très peu de choses ont changé depuis ces toutes premières évaluations pessimistes, malgré l'apparition furtive de quelques progrès inspirés par la Charte » (p. 82). La personne composant avec un trouble de santé mentale se retrouve toujours associée au concept de dangerosité et le caractère paternaliste du système de justice l'infantilise. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes

ou pour autrui, souhaite protéger le public et la personne elle-même ; or, comme le précise Otero (2010),

le caractère « dangereux » des « situations problématiques » gérées dans le cadre de la loi, semble s'appliquer de manière restreinte à deux situations précises : « risque de suicide » (danger pour soi-même) et « conflit avec étranger » (danger pour autrui). Pour le reste des « situations problématiques », c'est-à-dire environ trois quarts de l'ensemble, on pourrait suggérer que la source principale de la « dangerosité civile » est davantage l'« état social » vulnérable que l'« état mental » perturbé. (p. 52)

Les politiques publiques en matière de santé mentale vacillent entre deux pôles : « un interventionnisme facile fondé sur une présomption de "traitabilité" et sur la confiance aux bienfaits de l'intrusion et, à l'autre extrémité, une vigoureuse affirmation de l'autonomie, du droit de refuser des traitements non souhaités et de la capacité d'affirmer ses propres références » (Kaiser, 2009b, p. 78). Selon cet auteur, nous sommes plus près, depuis le début du 21^e siècle, du pôle où le paternalisme, l'interventionnisme, la coercition et les pouvoirs discrétionnaires dominant. La prédominance du modèle médical qui donne davantage d'autorité aux psychiatres est justifiée par le pôle de l'interventionnisme. Bien que depuis l'adoption de la Charte des droits et libertés le Québec se soit doté de lois qui offrent certaines protections en matière de recours judiciaire, on ne retrouve dans la communauté aucune garantie de soutien afin de maximiser les chances des personnes présentant des troubles mentaux de s'en sortir et de faire partie de la société (Kaiser, 2009b). Le Canada garantit des protections civiles et constitutionnelles à ses citoyens, mais pas l'accès à des services sociaux (Hirschl, 2000, cité dans Weisstub et Arboleda-Flórez, 2006). La législation dans le domaine médical facilite le recours à la loi pour imposer des évaluations, détenir les patients et leur imposer un traitement en hôpital ainsi que pour prolonger le contrôle de leur comportement dans la communauté, notamment par des attestations de congé et des ordonnances de traitement en milieu communautaire (OMTC)¹ qui permettent de s'assurer qu'elle continue de suivre un plan de traitement (Kaiser, 2009a, 2009b). Cette manière

¹ Les ordonnances de traitement en milieu communautaire (OMTC) ont été ajoutées en 2002 à la Loi sur la santé mentale. Il s'agit d'une ordonnance légale émise par un médecin et à laquelle consent la personne visée par l'ordonnance ou son mandataire. L'OMTC énonce les conditions auxquelles doit répondre la personne qui a un grave problème de santé mentale pour pouvoir vivre dans la collectivité (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012).

de faire démontre l'omniprésence et l'hégémonie du modèle médical où l'on « traite » des problématiques, même sociales, selon une approche médicale. Les personnes présentant un trouble mental sont en quelque sorte considérées comme ayant des déficiences guérissables (Kaiser, 2009b). En outre, les lois touchant à la santé mentale renvoient peu à la protection des droits de la personne ; nous y notons « la réduction du soutien en matière de défense des droits, de protections clés en procédures et d'examen juridique minutieux, et on y laisse de côté le principe visant à être le moins restrictif, le moins intrusif et le moins onéreux » (Kaiser, 2009b, p. 78). Maurutto et Hannah-Moffat (2006) vont dans le même sens, affirmant que les sociétés se tournent de plus en plus vers des pratiques restrictives afin de gérer les situations dérangeantes :

Each new reassemblage of risk produces new possibilities of governing that are often more pervasive and intrusive and that structure and limit discussion of penal reform. The LSI/CMI is a poignant example of how new assemblages can operate to limit and streamline the range of institutional programmes and choices for offenders. These tools are increasingly being used to structure and limit which treatment programmes to offer and to make decisions about institutional resource allocations. These new forms of penal governance are consistent with neo-liberal models of governing. The ways in which new risk technologies are revitalizing neo-liberal discourses and governing strategies require our careful attention. (p. 451)

Bref, nous sommes en droit de nous demander si la situation s'est réellement améliorée pour les personnes qui doivent composer avec un trouble de santé mentale puisque, comme la littérature le démontre, il demeure difficile de différencier les concepts de « folie sociale » et de « folie mentale ». De plus, le recours aux institutions judiciaires demeure une manière de faire courante afin de « gérer » les problèmes de santé mentale. Pour reprendre les propos d'Otero (2005),

[les concepts de « folie sociale » et de « folie mentale »] semblent ainsi indissociables historiquement, théoriquement, institutionnellement et empiriquement, et ce, au-delà des efforts épistémologiques disciplinaires pour distinguer le « mental pathologique » du « social problématique », pour évaluer le poids relatif de l'un et de l'autre dans les incarnations concrètes des figures de la « folie » à travers l'histoire et, enfin, pour comprendre les dynamiques relationnelles (déterminations, surdéterminations, entrecroisements, superpositions, emboîtements, interactions, etc.) entre « mental » et « social » qu'on

soupçonne à l'origine des formes de vie psychologiquement et socialement vulnérables, souffrantes, non conformes et problématiques. (p. 4)

Les personnes ayant un trouble de santé mentale suscitent un sentiment de peur au sein de la société et semblent toujours déranger puisqu'elles reflètent l'échec de notre société à les insérer adéquatement.

2.2 La folie et sa place dans l'espace public

Le précédent chapitre nous démontre bien que la définition de la santé mentale est loin d'être univoque et a été comprise différemment à travers le temps. Il s'agit d'un concept relatif qui trouve son explication sur le plan sociohistorique, ce qui veut dire qui varie et prend différentes formes selon l'époque et la société dans lesquelles il s'inscrit (Bibeau *et al.*, 1989; Perreault, 2015).

Le concept de santé mentale est difficile à cerner étant donné la multitude de sens qu'il revêt (Otero, 2005; Mallette, 2003; Vaillant, 2004). Même sa définition ne fait pas l'unanimité parmi les cliniciens et les chercheurs en santé mentale. Toutefois, il ressort clairement que le concept de santé mentale possède un caractère normatif, celui-ci se traduisant différemment en fonction des valeurs et normes propres à la société (Otero, 2005). Il s'agit donc de déterminer ce que devrait être le comportement « normal », approprié, acceptable et attendu d'un individu tel que défini par le concept de normativité sociale.

Otero (2005), définit la norme comme étant une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle, mais celle-ci n'est pas liée de façon systématique à l'idée de rectitude. Sa référence n'est pas l'équerre, mais la moyenne et, de ce fait, la norme émerge de l'opposition entre ce qui « pose problème » et ce qui « ne pose pas problème ». En d'autres termes, la définition (sociale, politique, scientifique, juridique, etc.) des comportements qui « posent problème » exprime avant tout un rapport, pour ainsi dire, au « soi du groupe » (Otero, 2005, p. 67). Selon le même auteur, même si les personnes composant avec un trouble de santé mentale font techniquement partie de notre société, de la « cité », elles deviennent des citoyennes de seconde zone à cause de leurs

comportements dérangeants et du fait que, bien souvent, elles ne participent pas comme on le souhaiterait à notre société contemporaine (insertion socioprofessionnelle par le biais du travail ou des études, les vecteurs reconnus de l'intégration sociale), tout comme les itinérants, les criminels, les toxicomanes, etc. Le fou représente une menace à l'ordre établi et doit donc en être écarté (Otero 2010).

Perreault (2015) explique pour sa part que l'utilisation de la psychiatrie et le fait d'apposer des diagnostics aux comportements hors normes offrent une explication à ces comportements qui dérangent, c'est-à-dire qui suscitent le malaise, que l'on trouve étranges (hallucinations, anxiété, état dépressif, etc.), et permettent de les rationaliser. En effet, à l'encontre de la maladie physique dont les signes cliniques sont clairs et connus, la santé mentale est plus complexe à comprendre et à soigner pour le personnel clinique, ce qui peut créer un sentiment de confusion et d'impuissance :

La maladie mentale n'est pas structurée à partir de symptômes clairs et objectifs de manière à permettre un diagnostic univoque. De plus, alors qu'en médecine physique le médecin se base sur la foi des symptômes rapportés par le patient pour bâtir son diagnostic, en psychiatrie la parole du fou est suspecte et non avenue. Contrairement aux autres malades, le malade mental ne se conforme pas généralement aux divers éléments qui composent ce « rôle de malade », c'est-à-dire recours, collaboration, soumission au médecin, effort pour se rétablir afin de réintégrer ses rôles sociaux. (Dorvil, 1990, p. 47)

La majorité des acteurs (sociaux, juridiques, médicaux ainsi que la personne elle-même et son entourage) utilise le concept de santé mentale ou de folie afin d'être en mesure de gérer les comportements déviants. Ce faisant, on souhaite « faire prendre conscience au patient de son inaptitude à intégrer la norme » et « veiller sur cette personne que l'on juge souvent inapte à prendre les meilleures décisions pour elle-même (Perreault, 2015, p. 61).

On attribue à l'État le rôle de protéger la société des « indésirables », c'est-à-dire de contrôler les personnes qui dérangent la norme sociale établie et qui menacent l'ordre public (Bernier, Bellot, Sylvestre et Chesnay, 2011; Landreville *et al.*, 1998; Perreault, 2015; Provencher 2010;).

2.3 Santé mentale et stigmatisation

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé la stigmatisation liée à la santé mentale comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » (WHO, 2001, p. 98, dans Stuart, 2003).

Comme le mentionne Otero (2010), malgré le fait qu'il soit moins fréquent de nos jours de faire appel au terme « fou » pour désigner les personnes ayant des troubles de santé mentale (apparents ou non), « la nature et le fonctionnement de certains dispositifs d'interpellation, de traitement et de prise en charge à leur égard dans les sociétés contemporaines nous rappellent que le champ de significations, de représentations, de gestes, de pratiques et d'attitudes que recouvre l'univers classique de la "folie" continue d'être investi et réactualisé » (p. 2). Conséquemment, certaines attitudes discriminatoires et stigmatisantes envers les personnes ayant un problème de santé mentale perdurent. Ces attitudes ne se traduisent pas seulement dans les interactions un à un, mais également dans la manière dont les personnes sont prises en charge par diverses institutions (judiciaires, en santé mentale, etc.) et plus globalement sur le plan structurel (recherche d'emploi et de logement) (Goffman, 1975; de Gaulejac et Taboada Léonetti, 1994; Stuart, 2003).

Selon Erving Goffman (1975), le processus de stigmatisation débute toujours par le fait qu'un individu possède un attribut ou une caractéristique (un stigmat) le menant à être discrédité et à recevoir une étiquette. Goffman définit trois types de stigmatés : les *monstruosités du corps*, qui sont des stigmatés corporels tels que les défauts physiques ou les handicaps, les *tares de caractère*, qui appartiennent aux traits de personnalité ou aux habitudes tels que les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie, et finalement les *stigmatés tribaux*, qui sont des attributs transmis de génération en génération, liés par exemple à la nationalité ou à la religion. Rose Weitz (1990) ajoute une quatrième catégorie, celle des maladies chroniques ou contagieuses telles que le sida. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons à ce que Goffman appelle les « tares de caractère ».

L'étiquette qui est attribuée à un individu porteur d'un stigmat peut l'amener à se définir comme étant déviant ou anormal et contribue à l'exclusion sociale et à l'ostracisme. Goffman

indique que les stigmates proviennent d'un processus interactif et dynamique entre la personne porteuse du stigmate et les « normaux ». C'est entre autres pour cela que Foucault affirme que les « fous » n'existent qu'en société (2001). La stigmatisation est le processus par lequel le stigmate est accolé à une personne, venant ainsi, comme l'affirme Goffman (1975), totaliser son identité sociale. Elle peut pousser individu à s'isoler si elle est vécue par la personne comme « une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation. » (Stuart, 2003, p. 3) Nous verrons dans le prochain chapitre les différentes réponses possibles à la stigmatisation.

La stigmatisation repose sur une méconnaissance ou une ignorance des faits (Giordana, 2010). Elle prend appui sur nos référents culturels et se traduit à travers nos opinions ou encore à travers nos croyances. La personne composant avec un trouble de santé mentale devient donc aisément en proie à la stigmatisation considérant la méconnaissance sociale de la maladie mentale et le caractère honteux qui est associé à cet état, notamment à cause des médias qui renforcent la croyance populaire selon laquelle les personnes souffrant de troubles mentaux sont dangereuses et paresseuses (Giordana, 2010). À cet effet, dans son article « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », Heather Stuart (2003) nous apprend que, selon les résultats d'un sondage de l'Association canadienne pour la santé mentale mené en 1994 en Ontario, les personnes composant avec un trouble de la santé mentale sont perçues par 88 % de la population comme étant violentes et dangereuses, ayant un faible quotient intellectuel (40 %) et ne pouvant apporter aucune contribution sociale (32 %), que ce soit par l'emploi ou le bénévolat. Toujours selon le même article, 24 % des personnes interrogées estiment que les personnes ayant une maladie mentale manquent de volonté et sont faibles, paresseuses et imprévisibles. Dans une étude menée au Québec par Emmanuel Stip, Jean Caron et Carol J. Lane Stuart (2001), on rapporte que près de la moitié des gens croient que les patients schizophrènes doivent être intégrés dans la communauté alors que 40 % sont d'avis contraire ; 36 % affirment éprouver un sentiment d'incompréhension et de suspicion face à cette maladie et plus de la moitié estiment que les personnes souffrant de schizophrénie sont violentes et dangereuses ; 11 % pensent que la schizophrénie est imaginaire, environ une personne sur dix croit que cette maladie ne peut être guérie et 14 % l'identifient comme une maladie de l'âme ; enfin, plus de la moitié comprennent qu'il s'agit d'une maladie d'ordre biologique, et cette donnée atteint 72 % chez les personnes les

plus scolarisées. (Stip *et al.*, 2001). Ces statistiques démontrent qu'il existe toujours une grande incompréhension de la santé mentale et que plusieurs mythes perdurent, notamment en ce qui concerne la dangerosité et la capacité de ces personnes à s'intégrer au sein de la société.

À cause des stigmates qui leur sont accolés, les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale peuvent se sentir dévalorisées et être la cible d'attitudes négatives. Ces mécanismes s'enclenchent lorsque la personne entre en interaction avec autrui (institutions, famille, etc.) et que son identité se développe à travers un ensemble de représentations sociales, de normes et de relations qui définissent et légitiment la place de l'individu dans la société. (de Gaulejac et Taboada Leonetti, 1994).

La stigmatisation demeure un processus complexe et insidieux qui s'installe progressivement. Corrigan et O'Shaughnessy (2007) ont scindé le processus de stigmatisation en quatre étapes : les indices, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. Les indices nous permettent de savoir que la personne appartient à un groupe donné ; ils correspondent aux stigmates de Goffman (1975). S'ensuivent les stéréotypes qui sont des savoirs acquis par un groupe et qui permettent de facilement catégoriser une personne selon les indices (ou stigmates) relevés. Les préjugés sont des réponses cognitives et affectives, par exemple le dégoût ou la peur, face aux stéréotypes. Finalement, la discrimination est la réaction comportementale au préjugé. Ainsi, l'individu ayant peur des personnes souffrant de maladie mentale s'en tiendra loin ou sera davantage porté à porter plainte contre celles-ci (Crocker et Côté, 2010).

Nous retrouvons dans la littérature trois types de discrimination face à la santé mentale : la *discrimination structurelle* (Corrigan et O'Shaughnessy, 2007; Crocker et Côté, 2010; Rüschi, Angermeyer et Corrigan, 2005), la *discrimination sociale* (Corrigan et O'Shaughnessy, 2007; Corrigan et Wassel, 2008; Kaiser, 2009a, 2009b) et l'*autostigmatisation* (Corrigan et Rao, 2012; Crocker et Côté, 2010). La *discrimination structurelle* provient des diverses institutions qui réservent un traitement différencié aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale ; elle est présente lors de la dispensation de ressources ou dans les législations qui ont pour effet de désavantager les individus atteints de troubles mentaux. La *stigmatisation sociale* résulte des réactions au sein de la société face à la santé mentale ; elle nuit à l'intégration sociale et entraîne

des effets tels que la baisse de l'estime de soi et parfois même l'autostigmatisation (Samson, 2014). L'*autostigmatisation* se manifeste lorsque l'individu renonce à demander de l'aide ou des traitements par peur d'être stigmatisé.

Selon Henri Dorvil (1990), le stigmate de la maladie mentale est plus fort que celui des autres maladies et handicape plus lourdement les personnes composant avec un tel trouble, notamment en raison du fait que ces personnes ont tendance à s'isoler et à refuser l'aide des autres. Stuart (2003) affirme que « la stigmatisation peut faire obstacle à l'intégration sociale, interférer avec la performance des rôles sociaux, réduire les attentes de vie et diminuer la qualité de vie. Les conséquences de la stigmatisation — manque de travail, absence de logement, faible estime de soi et peu de soutien social — peuvent être des obstacles majeurs au rétablissement, avoir un impact sur le pronostic à long terme, et pousser à l'incapacité » (p. 57).

2.4 Stratégies de réponses à la stigmatisation

Vincent de Gaulejac et Isabel Taboada Léonetti (2007) se sont intéressés aux diverses stratégies que peuvent emprunter les personnes porteuses de stigmates à gérer cette tare. Toutefois, avant de s'identifier comme stigmatisées, les personnes passent par trois phases. La première phase, la *période active*, est celle où l'individu se bat contre ce stigmate et refuse de s'y voir associé ; certaines personnes arriveront à reprendre le cours de leur vie sans se laisser envahir par ce stigmate. Le fait qu'une personne arrive ou non à se remettre sur pied dépendra de divers facteurs personnels et structurels ainsi que de la durée du « combat ». Dans le cas où elle ne peut venir à bout du stigmate, la personne entrera alors dans la deuxième phase, celle de l'*adaptation*. Cette phase se traduit par le fait que l'individu accepte le stigmate qui lui est attribué (par ex. : chômeur, « BS », malade mental) et reconnaît que les possibilités de changements sont peu probables. S'ensuit l'étape de l'*installation*, où l'individu se résigne et refuse de lutter ; il perd ainsi confiance en ses capacités.

Le port d'un stigmate est bien souvent synonyme de souffrance pour ces personnes. Gaulejac et Taboada Léonetti (2007) expliquent qu'il existe des stratégies de réponse que les personnes

peuvent utiliser afin de réduire cette souffrance. Ces stratégies peuvent revêtir des dimensions psychologiques ou sociales. La première stratégie est celle du *contournement* : la personne décide d'adhérer à de nouvelles valeurs et se déresponsabilise face à son stigmaté ; elle peut s'affilier à des groupes marginaux. La seconde stratégie est celle du *dégagement* : cette stratégie est motivée par le désir de vengeance ou l'agressivité à la suite d'expériences de stigmatisation et peut amener la personne à revendiquer certaines choses et à lancer des mouvements collectifs. La dernière stratégie, celle de la *défense*, se traduit par l'intériorisation de l'image négative : la personne peut alors décider de se retirer de la société et de rejeter les personnes qui sont dans la même situation qu'elle, fuir ses problèmes (par la consommation d'alcool ou drogue, le jeu, etc.) ou encore adopter des comportements autodestructeurs ; elle choisit en quelque sorte de rejeter la société avant que celle-ci ne la rejette officiellement, de se prémunir contre la disqualification sociale.

Namian (2011) utilise l'expression « vie moindre » afin de décrire ce phénomène. Ne répondant pas aux exigences et aux attentes de la société, la personne est amenée à vivre une existence en marge de la société. La vie moindre est décrite comme un « régime de vie spécifique fait d'obstacles, d'entraves, d'empêchements à l'œuvre réduisant, jusqu'au "moindre" l'action possible » (Namian, 2011, p. 259). Le lien social est alors très fragile, voire quasi absent. Il ne reste presque plus rien à l'individu, et ce, dans toutes les sphères de sa vie (professionnelle, relationnelle, matérielle, etc.).

Stuart (2003) explique dans un article que les personnes composant avec un trouble de santé mentale peuvent, lorsqu'elles font face aux stigmatés, décider de réduire leurs interactions sociales afin de se protéger et, conséquemment, délaissier la recherche d'aide ou de services. La stigmatisation peut pousser à l'incapacité lorsque la personne se voit refuser des emplois ou un logement et possède un faible réseau social. Les personnes choisissent souvent de se retirer de la société ou encore d'adhérer à des groupes marginaux afin de ne pas révéler leur problème de santé mentale.

2.5 Avoir un trouble de santé mentale au sein du système judiciaire

Depuis près de trente ans, les recherches se sont intéressées au phénomène de la judiciarisation et de la criminalisation des personnes ayant des troubles de santé mentale (Morin *et al.*, 2000). La notion de judiciarisation, qui a été «utilisé[e] la première fois par le chercheur américain Abramson, désignait essentiellement le phénomène de prise en charge, par les instances du système de justice criminelle, de personnes dont la caractéristique principale était de souffrir de problèmes de santé mentale » (Morin *et al.*, 2000, p. 84). Jusqu'à maintenant, les conclusions des travaux empiriques divergent quant aux apports, bénéfiques ou non, de la judiciarisation pour la personne aux prises avec un problème de santé mentale et qui commet un crime. La façon de contrer cette criminalité ne fait pas non plus consensus. Certains chercheurs affirment que la judiciarisation normalise la personne et lui fait prendre conscience de ses actes (Bureau *et al.*, 2001; Hartel, 1993; Miller et Maier, 1987; Schwartz et Greenfield, 1978), alors que d'autres allèguent qu'il s'agit d'un stigmat supplémentaire qui rend la réalité de cette personne encore plus lourde (Laberge et Robert, 1992; Vacheret et Lafortune, 2011). Un grand nombre d'ouvrages s'entendent toutefois sur le fait que les ressources pour aider ces personnes ainsi que la formation des intervenants sont nettement insuffisantes.

Selon Landreville, Laberge et Morin (1998), la prévalence des problèmes de maladie mentale dans le système judiciaire s'expliquerait par

[l'importance que les] policiers accordent aux attitudes du suspect lors de l'arrestation. C'est d'ailleurs une des informations qu'ils doivent recueillir dans la «demande d'intenter des procédures». Ces interactions entre les policiers et les suspects peuvent survenir à la suite d'une plainte de passants ou d'usagers du métro ou simplement l'occasion des patrouilles régulières de surveillance (Bellot et Cousineau, 1996). Les passants peuvent se plaindre de quelqu'un qui semble menaçant, mendie avec agressivité, occupe plus d'une place dans le métro, gêne la circulation, etc. L'agent de la paix peut en effet constater certaines infractions (troubler la paix ou vendre sans permis, par exemple), mais si le suspect est désobligeant envers les policiers, refuse de leur obéir ou les engueule, l'attitude de défi devient l'objet du litige et ce sont ces comportements qui risquent d'être criminalisés. Dans l'étude de Teplin (1984), la gravité de la situation perçue par les policiers n'était pas toujours associée à celle de l'infraction. L'auteure citait en exemple le cas d'irrespect du suspect à l'égard des

policiers qui était toujours défini comme un cas grave. L'auteure posait d'ailleurs l'hypothèse que cette attitude pourrait expliquer le taux d'arrestation plus élevé des suspects qui présentaient des symptômes de maladie mentale comparativement aux autres suspects. La situation d'affrontement pourra alors représenter une infraction de menace. (p. 74)

À ceci, Bernstein et Seltzer (2003) ajoutent que la police est deux fois plus susceptible d'intercepter des personnes qui semblent souffrir d'un problème de santé mentale, donc qui présentent des signes qui vont à l'encontre de l'ordre social établi, et serait davantage portée à porter des accusations à l'endroit de ces personnes. Selon plusieurs auteurs, dès que des individus avec des troubles mentaux présentent des comportements hors normes, nous avons tendance à interpellier les policiers afin de faire disparaître notre inconfort. Considérés par certains comme des « *street-corner psychiatrist* » (Laberge et Morin, 1995; Lamb, Weinberger et DeCuir, 2002; Teplin, 1984, 2000), terme que nous pourrions traduire par « psychiatres de coin de rue », les policiers sont très souvent appelés à intervenir en santé mentale, malgré un manque de formation adéquate. Leur manière d'intervenir ainsi que les ressources mises à leur portée auront une incidence sur leur décision de judiciairiser ou non la personne.

Seltzer (2005) révèle que les personnes présentant un problème de santé mentale sont interceptées plus souvent, passent plus de temps incarcérées, sont davantage victimisées par les autres détenus et ne reçoivent pas un traitement régulier de la part des acteurs du milieu. De plus, selon Teplin, McClelland, Abram et Weiner (2005), les individus dont le trouble de santé mentale est apparent auraient onze fois plus de risques d'être victimes de violence, contrairement à la croyance voulant que ce soit ces personnes qui posent les gestes violents.

À cela, l'ombudsman du Québec (2011) mentionne que 61 % des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec ont au moins un problème psychiatrique ou une problématique liée à la consommation de substances psychoactives. Plus spécifiquement, 17,4 % de la population provenant des centres de détention souffrent d'un problème de santé mentale dit « grave et persistant » par rapport au 1-3 % de la population générale. En outre, 30 % des personnes détenues ayant un problème de santé mentale ont connu plusieurs périodes de probation (par rapport à 9,9 % de la population en général détenue), et plus étonnamment, 81 % avaient des antécédents de détention. Les données tendent également à

suggérer que la prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes sous responsabilité fédérale aurait augmenté depuis les années 1960, et ce, en réponse directe au mouvement de désinstitutionnalisation. En effet, le service correctionnel du Canada a constaté que le nombre de personnes souffrant de problème de santé mentale admises dans les établissements fédéraux en 2004 était de 60 % plus important que par rapport à 1967. (MacDonald, Bellot, Sylvestre, Dumais-Michaud et Pelletier, 2014, p. 9)

Cette forte présence avive certaines idées stigmatisantes quant aux liens entre santé mentale, violence et dangerosité (Markowitz, 2011). La médiatisation de plus en plus importante des « incivilité » ou des « crimes » commis par les personnes composant avec des troubles de santé mentale donne l'impression au public qu'il est en danger et que ce danger est proche. Ce phénomène toucherait également le personnel médical puisqu'il y aurait une diffusion plus large de cas donnant l'impression que les personnes soignées sont de plus en plus violentes ; ceci entraînerait une augmentation du nombre de plaintes déposées à l'endroit des patients (Senon *et al.*, 2007). Les auteurs se demandent si « ce phénomène n'est pas corrélé avec la judiciarisation de plus en plus grande des malades pour de petits délits, associée à une responsabilisation favorisée par l'expertise pénale [...] en proposant plutôt des altérations du discernement qui peuvent conduire à une sur-pénalisation des malades mentaux, dans un réflexe de défense sociale » (p. 657). Ils expliquent également l'association entre criminalité et santé mentale par le fait que, pour se protéger et expliquer ces phénomènes difficiles à rationaliser et à comprendre, les personnes ont tendance à se dissocier de tels comportements en établissant une distance entre ceux qui commettent les crimes et eux, les « normaux » ; autrement, comment expliquer que « ce crime horrible commis par quelqu'un à [leur] image pourrait-il être autre chose qu'un accès de folie ? » (p. 657)

Plusieurs auteurs ont étudié le lien entre stigmatisation et judiciarisation et considèrent cette dernière comme une forme moderne de domination et de mise à l'écart des plus démunis. (Beck, 2001; Chantraine, 2003; Foucault, 1975; Goffman, 1975; Martuccelli, 2001; Pires, 2001). En effet, la judiciarisation permettrait l'avalissement des comportements jugés anormaux par la société, plus particulièrement par les gens qui détiennent le pouvoir (Pires, 2001), et la mise à l'écart des personnes jugées « indésirables ».

Martucelli (2001) affirme que la judiciarisation serait « comme une forme contemporaine de domination sociale : dans une société où la responsabilité individuelle est d'abord la responsabilité de la gestion de sa propre trajectoire individuelle, ceux qui ont le moins de ressources pour prendre en main leur existence sont également ceux qui sont le plus soumis à l'injonction de se "responsabiliser" » (cité dans Chantraine, 2003, p. 273).

Pour Martucelli (2001), l'entrée dans le système judiciaire marque le début d'un engrenage stigmatisant et déstructurant dont il est extrêmement difficile de se défaire. La judiciarisation infantilise ceux qui la vivent. « En effet, la mise sous écrou, la déresponsabilisation et la tendance à l'infantilisation qui découlent de l'organisation sécuritaire de la détention et, parallèlement, la responsabilité individuelle consacrée par l'appareil judiciaire tout comme l'injonction au "travail sur soi", à la "construction de projet" et à "l'arrêt des bêtises" tentées par les travailleurs sociaux pénitentiaires, laisse entrevoir les ressorts spécifiques de ce rapport de domination en maison d'arrêt. » (Chantraine, 2003, p. 35)

Pour Pires (2001), cette domination se traduit par le fait que la décision de judiciariser une personne ainsi que le choix de la peine sont influencés par l'opinion publique, c'est-à-dire par la manière dont la tare est perçue par les plus dominants. Ainsi, les plus démunis, ceux qui n'arrivent pas à répondre adéquatement aux attentes de la société, voient leur sort décidé par autrui. À ceci, Chantraine (2003) ajoute que la décision d'intervenir sur le plan judiciaire auprès d'une personne ne repose pas sur une évaluation objective de la nature et de la gravité du geste, mais davantage sur la représentation sociale de la délinquance. À cet effet, la police pense souvent faire la bonne chose, faute de ressources ou de connaissances, en contraignant la personne arrêtée à recevoir des soins (par une hospitalisation forcée ou une incarcération).

Certains auteurs affirment d'ailleurs qu'il y aurait des effets positifs à l'enfermement et à la judiciarisation. Munck et ses collaborateurs (2003), par exemple, soutiennent que l'internement au sein des institutions carcérales ou tout simplement le traitement de la maladie par voie juridique (ordonnance de traitement) permettrait d'induire une « thérapie contrainte » chez des personnes qui autrement ne seraient peut-être pas allées chercher de l'aide. Pour Bureau et ses collaborateurs (2001), la judiciarisation et le passage de ces personnes au sein d'institutions

carcérales leur permettent de prendre conscience des gestes posés et les responsabilisent. Laberge et Morin (1998) mentionnent également que certains avocats et juristes perçoivent l’incarcération des personnes ayant un trouble de santé mentale comme un moyen leur permettant de stabiliser leur état et de se refaire une santé. Selon une étude menée par Trudel (2009) auprès d’acteurs de la Cour du Québec, la judiciarisation semble être la voie privilégiée afin de faciliter l’accès à des soins en santé mentale depuis que les hôpitaux ont diminué leur capacité d’accueil. Enfin, certains policiers et membres de l’entourage des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont portés à croire que la voie judiciaire permet d’accéder à des soins de façon détournée.

Il y a toutefois un bémol : la judiciarisation risque d’amener la personne qui se retrouve devant les tribunaux à ne pas recevoir les soins dont elle a besoin ou les services requis par sa situation (Trudel, 2009). En effet, au Québec, la personne interpellée pourrait être appelée à subir deux types d’évaluation : l’évaluation de l’aptitude à subir son procès ou l’évaluation de la responsabilité criminelle. La majorité de ces évaluations aurait lieu à l’Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM). Or, les ressources tant humaines que matérielles de cet hôpital seraient insuffisantes. Le manque de personnel entraînerait des détentions inutiles chez les personnes qui sont en attente de leur évaluation, et leur détention amènerait la société à les considérer comme des criminels dangereux et non comme des personnes malades, ce que le transport à l’IPPM en fourgon cellulaire plutôt qu’en ambulance n’arrange pas (Trudel, 2009).

Il faut également faire attention aux risques générés par l’utilisation des pressions légales puisque les mesures coercitives auraient des conséquences négatives sur le lien entre la personne qui a un trouble de santé mentale et l’institution thérapeutique. Il paraît effectivement difficile d’établir un climat de confiance lorsque le client est forcé à suivre le traitement, que le thérapeute doit endosser deux rôles à première vue incompatibles (relation d’aide et de contrôle) et que les informations obtenues en contexte thérapeutique risquent d’affecter les décisions quant au parcours pénal du client (Brochu et Drapeau, 1997; Brochu et Schneeberger, 2001; Hall, 1997).

L'ensemble de ces écrits nous permet de comprendre que les cas qui étaient auparavant pris en charge par les services de santé et les services sociaux sont à présent absorbés par la judiciarisation de la maladie mentale et des problèmes sociaux (Crocker, 2009; Otero, 2010). Il semble également que le croisement de la justice et des services sociaux et de santé induise une forme de réinstitutionnalisation (Jaimes, Crocker, Bédard, et Ambrosini, 2009) ou de transinstitutionnalisation (Frappier, Vigneault et Paquet, 2009). À ceci, Fradet (2009) ajoute que la judiciarisation accrue des personnes ayant des troubles mentaux graves peut résulter d'une incapacité à accéder aux services de santé mentale dans un délai raisonnable.

Laberge et Morin (1995) expliquent pour leur part le nombre croissant de personnes ayant un problème de santé mentale au sein des instances judiciaires par le manque d'accès aux services de santé :

Access to social services and health care figures as a key dimension of the criminalization of mental illness. In fact, the use of a penal response for this type of problem can be understood above all by analyzing the determinants of access to the health care system. (p. 391)

Seltzer (2005) ainsi que Maurutto et Hannah-Moffat (2006) sont aussi d'avis que l'échec du système de soins en santé mentale est responsable de la surreprésentation des individus atteints de troubles mentaux dans le système judiciaire. Ils ajoutent que beaucoup de gens atteints de problèmes de santé mentale peuvent être rejetés du système de santé et finissent par ne plus recevoir aucun soutien. Seltzer (2005) insiste sur le fait que le système de soins en santé mentale doit assumer son rôle et ses responsabilités par rapport à ces personnes afin d'éviter que la judiciarisation devienne pour elles un passage obligé pour avoir les services dont elles ont besoin.

Bref, il s'agirait d'un cercle vicieux puisque le fait de se retrouver avec un casier judiciaire constitue un obstacle à l'intégration dans la société et à l'obtention de services psychosociaux (Morin *et al.*, 2000). De plus, ces personnes se verraient accoler des étiquettes de « délinquant » et de « criminel ».

[Ces étiquettes finissent] par englober l'ensemble des rôles sociaux naguère remplis par l'acteur [...] Les tentatives pour neutraliser le stigmatisme carcéral sont, au fil des incarcérations, de plus en plus délicates : de la condition d'individu *discréditable*, le récidiviste s'achemine vers la condition d'individu *discrédité* (Goffman, 1975). Le stigmatisme prédispose au retour en prison, et le sortant de prison n'est plus à l'extérieur qu'un prisonnier en sursis, catalogué, toujours suspect et jamais tranquille. (Chantraine, 2003, p. 53)

Comme le souligne Michel Foucault dans son ouvrage *Surveiller et punir* (1975), la fonction du judiciaire, plus particulièrement de la prison, a une « fonction sociale complexe » puisqu'elle vise la production d'un objet, la rectification de ce qui est en quelque sorte « défectueux » (p. 28). Alors que le rôle de l'État était autrefois de punir et de châtier les mauvais comportements, il est aujourd'hui de les corriger et d'éduquer les personnes qui les manifestent. Ainsi, l'enfermement et la prise en charge par le système pénal des personnes ayant des troubles de santé mentale (les « indésirables ») permettent de les contrôler et d'intervenir sur elles. Il s'agirait en quelque sorte de punir les comportements jugés inadmissibles par la société pour mieux réintégrer ces personnes par la suite (Foucault, 1975). À cela, l'auteur ajoute toutefois que la prison ne règle pas nécessairement la problématique de la criminalité ; bien au contraire, elle entraînerait une désaffiliation sur plan social de ces individus et les pousserait à « devenir » des délinquants.

Landreville et ses collaborateurs (1998) vont dans le même sens et affirment que la judiciarisation et la criminalisation ont pour but de mettre à l'écart les personnes dérangeantes pour la société ; pour Castel (1995), l'enfermement permet de repousser les « inutiles du monde ». En somme, la judiciarisation permettrait de conserver l'ordre établi au sein de la société et deviendrait un outil du « vivre-ensemble ». Nous pouvons la voir comme un exercice de contrôle : nous réinstitutionnalisons la santé mentale sous le couvert d'une autre loi. Dans le même ordre d'idées, Mayer (2002) fait remarquer que la réduction des services étatiques s'accompagne généralement d'une politique de maintien à domicile et de responsabilisation des citoyens. « Il est de plus en plus reconnu que les politiques de santé et les cadres juridiques actuels influencent le choix de la judiciarisation (civile et criminelle) de la santé mentale (et des problématiques concomitantes) comme services de santé mentale. » (Crocker, 2009, p. 12)

Ces auteurs expliquent également que, pour les policiers et autres acteurs de l'ordre public, le fait de diriger une personne vers des services en santé mentale au moment du délit apporte son lot d'irritants qui font en sorte qu'il est parfois plus simple de la diriger vers le système judiciaire. Les policiers se sentiraient également impuissants face à la maladie mentale et, afin de ne pas ébranler leur sentiment de compétence, préféreraient ce type de recours même si le crime commis est de faible gravité et davantage en lien avec la problématique de la santé mentale que de la criminalité :

The difficult relationship with health professionals, specifically psychiatrists, that discourages this type of referral may also encourage police to choose options that are less constraining with respect to the procedures that will be followed and less devaluating in terms of their image of professional competence. (p. 403)

Cardinal et Laberge (1999) corroborent cette affirmation :

Le temps que demande un renvoi pour une hospitalisation volontaire ou involontaire, la complexité des procédures légales qu'entraîne une telle demande, l'idée que cette démarche ne correspond pas à leur représentation du « vrai » policier orientent leur choix vers une arrestation plutôt que vers une demande d'hospitalisation. (p. 207)

Si nous regardons du côté des services carcéraux, Vacheret et Lafortune (2011) affirment que la judiciarisation est problématique considérant les conditions de détention de ces personnes (bas salaire des intervenants, manque de formation, surpopulation, etc.). Ces auteures ajoutent que, plutôt que d'être un espace thérapeutique et de relation d'aide en lien avec la fragilité mentale, la prison est dans le contexte actuel un lieu d'isolement où le traitement psychiatrique se résume à une prescription de psychotropes. Enfin, l'enfermement mettrait les personnes aux prises avec un trouble de santé mentale en situation de très grande vulnérabilité puisque celles-ci seraient davantage victimes d'abus, ce qui contribuerait à exacerber leur trouble (Vacheret et Lafortune, 2011, p. 6).

Gibbons et Katzenbach (2006), dans leur article « Confronting Confinement: A Report of the Commission on Safety and Abuse in America's Prisons », vont dans le même sens en arguant

qu'avec toutes les coupes budgétaires, le manque de formation du personnel et la surpopulation carcérale, les personnes composant avec un trouble de santé mentale ne peuvent recevoir les soins adéquats.

Les auteurs avancent même que l'insuffisance de soins en milieu carcéral peut aggraver l'état de santé de ces personnes : « Every year, more than 1.5 million people are released from jail and prison carrying a life-threatening contagious disease. At least 350,000 prisoners have a serious mental illness. Protecting public health and public safety, reducing human suffering, and limiting the financial cost of untreated illness depends on adequately funded, good quality correctional health care. » (p. 13)

Frappier, Vigneault et Paquet (2009) affirment pour leur part qu'une fois ces personnes derrière les barreaux, il leur est encore plus difficile d'aller chercher les soins de santé dont elles ont besoin, et que s'il s'agissait d'une stratégie de prise en charge, celle-ci a échoué.

Pour recevoir des traitements, il faut les demander. Pour les demander, il faut avoir conscience de son besoin et la capacité d'agir. Il faut connaître les rouages du système. [...] l'obtention de soins est compliquée par des problèmes d'ordre systémique : procédure complexe d'obtention des soins, manque de suivi, nécessité de faire la demande de soin. De plus, il semble y avoir une réticence de la part de certains membres du personnel médical à reconnaître les ordonnances émises par un médecin de l'extérieur du milieu carcéral (p. 25 et 27).

À cela, plusieurs auteurs ajoutent que l'incarcération, peu importe sa durée ou la nature du crime commis, nuit gravement à la réinsertion des personnes composant avec la maladie mentale ou même à leur désir de faire partie intégrante de la société. En effet, la détention engendrerait de la colère et de la méfiance chez ces personnes, ce qui les amènerait bien souvent à s'exclure elles-mêmes de la société. De plus, l'étiquette de « criminel » les discrédite aux yeux des autres et nuit à leur capacité de se trouver un travail ou un logement (Goffman, 1968; Lalonde et Cho, 2008; Rostaing, 1997).

Marchetti (1997) renchérit en déclarant que la prison ne permet aucunement aux individus de « guérir » ou de recevoir de l'aide, mais au contraire renforce la stigmatisation et l'exclusion de ces personnes. De plus, au sortir de leur détention, les personnes essuient bien souvent des pertes, que ce soit sur les plans matériel (logement, effets personnels), médical (suivi, médicaments, place en liste d'attente) ou social (emploi, amis, famille) (Morin, 2002; Landreville *et al.*, 1998). Chantraine (2003) ajoute que « la prison constitue ainsi un support stigmatisant spécifique : il surplombe les autres supports de l'individu et devient totalisant » (p. 55). Le milieu correction étant devenu le principal soutien de la personne, il lui est plus difficile de se réintégrer dans la société.

En résumé, le caractère insidieux que joue la judiciarisation dans le processus de stigmatisation est bien démontré dans ce chapitre. Le passage en milieu carcéral appose une étiquette sur l'individu, et ce, peu importe la durée de sa détention (Rostaing, 1997). La prise en charge par le système judiciaire crée des trajectoires d'exclusion qui rendent l'intégration de la personne au sein de la société de plus en plus difficile, phénomène que la présence de problèmes concomitants tels que des troubles de santé mentale accentue encore (Chantraine, 2003; Goffman, 1968; Lalonde et Cho, 2008; Marchetti, 1997; Rostaing, 1997; Vacheret et Lafortune, 2011).

2.6 Solutions existantes en lien avec la problématique

Il existerait trois moyens afin de pallier la judiciarisation de la santé mentale selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : la première stratégie consiste à déjudiciariser la personne avant la mise en accusation, la deuxième intervient après la mise en accusation et la troisième repose sur les tribunaux en santé mentale (2008, p. 35).

2.6.1 Programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation

L'Urgence psychosociale-justice (UPSJ) a été mise en place en 1996 dans le cadre de la politique de déjudiciarisation de la santé mentale (Morin *et al.*, 2000). Il s'agit d'un programme d'intervention d'urgence ouvert 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Le but est d'offrir de

l'accompagnement aux divers acteurs impliqués dans le système de justice (services de police, tribunaux, urgences des hôpitaux, centres de crise, ressources communautaires, etc.) et ainsi de « favoriser la concertation entre ces diverses agences afin d'atteindre [les] objectifs de déjudiciarisation et de réinsertion » (Morin *et al.*, 2000, p. 83).

Le mandat de l'UPSJ comporte trois volets : un volet d'intervention qui implique majoritairement de désamorcer une crise, d'apporter un soutien aux personnes qui interviennent (policiers, famille, etc.) et de proposer une solution à court terme (accompagnement dans une ressource d'hébergement, à l'hôpital, etc.), et enfin d'assurer le suivi de l'affaire jusqu'à son dénouement ou son relais vers une autre ressource de prise en charge (ressource d'hébergement, hôpital, centre de désintoxication, etc.). Le deuxième volet de l'UPSJ consiste en un service d'accompagnement à la cour municipale de Montréal et à la Cour du Québec à Montréal : l'intervenant peut alors répondre à des demandes d'évaluation, de la part des procureurs, des accusés qui présentent des signes des troubles mentaux. Le travail de l'Urgence psychosociale-justice permet alors d'éviter les incarcérations prolongées (Morin *et al.*, 2000). Finalement, le troisième volet de l'UPSJ couvre aussi la sensibilisation à la problématique de la judiciarisation de la santé mentale auprès des acteurs du milieu.

On dénote que les deux tiers des situations prises en charge par les services de l'UPSJ se sont réglés en moins d'une journée et que le processus de judiciarisation a eu lieu dans seulement 27 % des cas d'agression contre un étranger, 17 % des cas de conflits avec les proches et 12 % des cas de conflits conjugaux (Morin *et al.*, 2000, p. 100). Malgré tout, les efforts de ce programme ne semblent pas suffisants pour répondre adéquatement à la problématique que représente la judiciarisation de la santé mentale, faute de ressources dans la communauté et de soutien pour ces personnes :

[L]e succès du service repose également sur la capacité du milieu de répondre à son tour à la demande de l'UPSJ, c'est-à-dire à prendre en charge et à offrir des soins adéquats et continus, à favoriser la réintégration sociale, à fournir un support véritable pour éviter les désorganisations répétées, la dégradation des situations et le retour dans le circuit de l'intervention d'urgence avec son risque de judiciarisation. Or, les ressources susceptibles d'effectuer ce relais ont fait l'objet de fortes compressions budgétaires (ressources

institutionnelles) ou encore disposent de moyens réduits pour opérer faute de financement adéquat (ressources communautaires). (Morin *et al.*, 2000, p. 103)

Les données collectées par Trudel en 2009 lui permettent de poser les constats suivants :

[L'UPSJ] ne peut empêcher, au verdict final, que la personne reçoive une sentence d'incarcération. En effet, près de 20 % de notre échantillon a reçu une peine d'emprisonnement. Selon certaines personnes que nous avons interrogées, les accusés ayant des problèmes de santé mentale représenteraient un risque pour la Cour et conséquemment, des décisions moins clémentes seraient prises à leur égard. Selon une interviewée, les personnes ayant des problèmes de santé mentale seront reconnues coupables d'à peu près tous les délits qu'elles vont commettre et vont faire l'objet d'une peine. Selon elle, en plus de vivre diverses problématiques, ces justiciables seront affligés d'un casier judiciaire qui aggravera les stigmates et la marginalisation de ces personnes. (p. 138)

2.6.2 Programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation

Les programmes de déjudiciarisation de la santé mentale après la mise en accusation peuvent être mis en application lorsque la personne présente un faible risque de récidive et qu'elle accepte de suivre un traitement en santé mentale (ICIS, 2008). Les études sur les programmes de déjudiciarisation après la mise en accusation ont pour la plupart été menées en Ontario (Gary Chaimowitz, 2011; Sylvestre, Aubry, Smith et Bridger, 2010). Il en ressort que le taux de récidive chez les personnes qui obtiennent ce traitement est nettement réduit, mais aux dires de certains auteurs il ne s'agirait d'une solution « *band-aid* » (Gary Chaimowitz, 2011; Sylvestre *et al.*, 2010). En effet, en raison du manque de services dans la communauté, il peut être difficile pour les agents de liaison de trouver des ressources d'aide pour les accusés. Le temps d'attente peut être long et ne tient pas toujours compte des besoins de la personne. La plupart du temps, seules les personnes dont les besoins sont les plus urgents sont aidées (Sylvestre *et al.*, 2010).

2.6.3 Tribunaux de santé mentale

Dans la foulée de la judiciarisation de la santé mentale et pour répondre au nombre croissant de personnes composant avec des troubles de santé mentale au sein du système judiciaire, les acteurs du milieu ont commencé à se pencher sur des pistes de solution. C'est pourquoi les dernières années ont été marquées par la prolifération de tribunaux alternatifs et que les tribunaux en santé mentale ont fait leur apparition (MacDonald *et al.*, 2014). Ces tribunaux basés sur la philosophie de la jurisprudence thérapeutique de même que de la justice restaurative proposent une approche différente des cours traditionnelles par un travail de collaboration entre les professionnels et une individualisation des dossiers (Slinger et Roesch, 2010). Leur visée est d'éviter la judiciarisation des personnes vivant un problème de santé mentale et ayant commis des délits mineurs qui se retrouvent devant la cour (Provencher, 2010). De plus, l'approche plus empathique des juristes, notamment des juges, dans ce genre de tribunaux contribue à ce que les participants se sentent mieux, et le travail s'effectue davantage autour de la recherche de solutions (Wales *et al.*, 2010). Cette approche aurait aussi pour effet de diminuer le récidivisme.

Cependant, certains chercheurs contestent la pertinence de ces tribunaux, se demandant si ceux-ci ne participent pas davantage à la stigmatisation des individus ayant un problème de santé mentale (Bellot, Raffestin, Royer et Noël, 2005; MacDonald et Dumais-Michaud, 2015).

Les politiques criminelles prennent alors le relais des politiques sociales au sens strict dans une logique plus répressive que protectrice à l'égard des populations définies comme des groupes à risque, comme les jeunes, les toxicomanes, les marginaux, les itinérants. Cette dynamique contribue à mettre de l'avant la gestion pénale des populations marginales vivant dans l'extrême pauvreté. Ainsi, dans la plupart des pays se sont multipliés des dispositifs sécuritaires pour répondre aux problèmes sociaux : prévention par les contrats de sécurité, tolérance zéro dans les pratiques policières, peines alternatives qui conduisent à pénaliser davantage plutôt qu'à remplacer l'incarcération et finalement, l'incarcération, qui loin d'être un dernier recours, s'étend. (Bellot *et al.*, 2005, p. 9)

À cela, Provencher (2010) ajoute que ce genre de tribunaux peut contribuer à stigmatiser davantage les personnes accusées en créant un système de justice parallèle. De plus, ce modèle peut être très coercitif pour les accusés et démontre un important penchant pour la médication.

En effet, toujours selon Provencher (2010), prendre sa médication a été une condition imposée à 90,8 % des participants ciblés par sa recherche. Pour leur part, Jaimes, Crocker, Bédard et Ambrosini (2009) déplore le fait que ces tribunaux revêtent un caractère coercitif puisque les programmes de déjudiciarisation imposeraient des traitements psychiatriques ou pharmaceutiques que les personnes auraient autrement refusés.

D'autres critiques sont formulées à l'égard des tribunaux en santé mentale. L'étude de MacDonald et de ses collaboratrices (2014) a notamment permis de dégager que, malgré le principe de l'engagement volontaire sur lequel se basent ces tribunaux, certains facteurs tels que la menace de représailles judiciaires en cas de non-participation exerceraient une pression sur les accusés. Redlich, Hoover, Summers et Steadman (2010), à la suite d'une étude menée dans deux tribunaux en santé mentale, ont dévoilé que la plupart des participants ne savaient pas que la participation à ce tribunal était volontaire. La notion de consentement peut également être remise en question considérant que, lors de leur passage devant le juge, les participants sont sous l'effet d'un important stress, ont vécu une arrestation et ont parfois passé plusieurs jours en cellule, sans traitement (Redlich *et al.*, 2010).

2.7 Question et objectifs de recherche

La question à laquelle ce projet de recherche tentera de répondre est : Comment les expériences au sein du système judiciaire s'articulent-elles avec les expériences en santé mentale et façonnent-elles la trajectoire des personnes composant avec un trouble de santé mentale ?

Trois objectifs de recherche ont été identifiés pour encadrer le travail de réflexion de cette étude :

- 1) Décrire les diverses expériences reliées au trouble de santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les expériences au sein des institutions de santé mentale ;
- 2) Décrire les diverses expériences de ces personnes au sein des instances judiciaires ;
- 3) Comprendre l'articulation entre ces deux types d'expériences et leurs influences sur la trajectoire de ces individus et sur la manière dont ils se perçoivent.

Afin de répondre à la question et aux objectifs de recherche, nous partirons du postulat selon lequel la réalité est à la fois objective et subjective (Berger et Luckmann, 1966). En effet, la réalité serait en partie objective du fait qu'elle est construite à partir de phénomènes sur lesquels nous n'avons aucun contrôle et qu'on ne peut que constater. Elle serait également subjective puisqu'il y a une partie de cette réalité que nous interprétons à partir de nos propres schèmes de pensée et de nos expériences. Finalement, la réalité serait intersubjective en ce sens que nous interagissons avec les gens et que ceci fait naître une réalité commune. Chaque personne est porteuse de sa propre réalité et c'est en échangeant avec les autres que nous pouvons mettre en commun nos réalités.

Cette recherche tentera de mettre en lumière comment la personne qui compose avec un trouble de santé mentale et qui se retrouve au sein du système judiciaire interprète ses diverses expériences en fonction de ses propres schèmes de pensée. Nous tenterons de comprendre comment le vécu personnel et le vécu en lien avec les expériences en santé mentale et avec le système judiciaire influencent la manière dont cette personne interagit avec la société. Nous verrons également quelles sont les conséquences, sur la trajectoire qu'empruntera la personne, de l'interprétation de ces expériences et plus particulièrement de la gestion des étiquettes et des stigmates qui lui sont associés. En ce sens, nous explorerons comment la personne peut en venir à intérioriser une étiquette ou un stigmatisme en fonction de ses propres expériences et comment ces derniers peuvent influencer sa capacité d'insertion sociale (Becker, 1963; Lacaze, 2008; Link et Phelan, 2001; Mucchielli, 2009; Tannenbaum, 1938). Nous mettrons également en relief l'effet de la trajectoire et de l'interprétation de cette trajectoire (personnelle ou au travers des institutions et des structures) sur la manière dont la personne se décrit et perçoit ses chances au sein de la société (Dubar, 1998; Kaufmann, 1994).

2.8 Pertinence du sujet de recherche

Ce projet permettra de mieux comprendre l'expérience des personnes qui composent avec un problème de santé mentale et qui se retrouvent dans le système judiciaire. En effet, peu de recherches se sont intéressées au vécu de ces personnes et à leur discours. La majorité des écrits qui ont été réalisés par rapport à la judiciarisation de la santé mentale est davantage empirique et

dresse un portrait des usagers et des crimes qui mènent à la judiciarisation ; ces écrits ne s'intéressent que peu au discours et aux expériences des personnes. Le lien entre la santé mentale et la judiciarisation a surtout été traité sous l'angle criminologique (Laishes, 1997; Patenaude, 2010; Vacheret et Lafortune, 2011; Vacheret et Milton, 2007), légal (Ferguson, 1988; Latimer et Lawrence, 2006) ou médical (Bureau *et al.*, 2001; Fleury et Grenier, 2012). Cette recherche permettra de cerner les perceptions de ces personnes vis-à-vis le système de justice et leur traitement au sein de ces institutions.

Ce faisant, nous serons à même de juger si la judiciarisation de ces personnes les amène à une véritable prise de conscience de leur situation atténue les comportements jugés inadéquats ou si, au contraire, elle ne fait que marginaliser davantage ces personnes en leur accolant une deuxième étiquette, celle de « criminel ».

Il sera possible d'amorcer une réflexion sur les interventions qui sont à privilégier auprès de ces personnes et sur la pertinence des voies judiciaires pour contrer les délits commis par ces individus ; rappelons, à l'instar de Laberge et Robert (1992, p. 41), que les crimes menant à l'interpellation de ces personnes sont souvent mineurs, comme déranger l'ordre public, ou de type acquisitif.

Le fait de mettre en exergue le vécu des personnes composant avec un trouble de santé mentale et se retrouvant au sein du système judiciaire permettra de désamorcer certains préjugés et de repenser les rapports de force, entre les différentes institutions en santé mentale, qui contribuent parfois à accentuer la stigmatisation de ces personnes.

Chapitre 3 : Conceptualisation

Deux cadres théoriques ont été utilisés afin d’approfondir la problématique de la judiciarisation de la santé mentale de la folie. Le premier est celui de l’*interactionnisme symbolique*, théorie qui a d’abord été développée par Mead (1934) et Blumer (1986). Ce cadre permet d’explorer les diverses interactions entre l’individu et les différents systèmes l’entourant (familiaux, institutionnels, communautaires) et leurs influences sur leur identité et leur trajectoire. Le second cadre est celui de l’*étiquetage*, d’abord présenté par Tannenbaum (1938) et Becker (1963). Ce cadre permet quant à lui d’étudier les conséquences sur le plan de la perception identitaire des différents qualificatifs émis sur les participants lors de leurs interactions avec divers systèmes. Dans un premier temps, nous présenterons les deux cadres théoriques utilisés, ensuite les concepts qui en découlent.

3.1 Cadre théorique

3.1.1 Interactionnisme symbolique

La question de recherche ainsi que les objectifs qui y sont reliés positionnent cette recherche dans le cadre théorique de l’interactionnisme symbolique. En effet, il s’agit de sonder l’expérience des personnes conjuguant avec un problème de santé mentale au sein des instances judiciaires afin de comprendre si leurs interactions avec les différents systèmes ont une influence sur la trajectoire qu’ils empruntent et sur la manière dont ils se perçoivent et comprennent leur vécu.

Selon George H. Mead (1934), nous construisons nos pensées et notre identité par nos interactions avec les autres et chaque individu donne un sens à ses expériences en fonction de l’environnement dans lequel il évolue et de la convergence d’un ensemble de facteurs. Pour Mead, l’individu est un acteur dynamique et en constante évolution ; son interprétation des divers symboles (interprétation que fera l’individu d’un geste, d’une conversation, d’un rite, etc.) revêt un caractère singulier.

Selon l'auteur, le développement de la conscience de soi fait écho aux différents processus sociaux et relations que l'individu entretient avec les autres ou encore avec les institutions. Il s'agit donc d'un processus dynamique entre l'individu et la société qui amène la personne à se percevoir d'une certaine manière. Pour Becker (1963), toute chose est le produit de l'action sociale. Cette conception de l'individu se situe dans une vision constructiviste puisqu'elle envisage l'identité à partir de cadres sociaux, de codes préétablis qui la normalisent dès la naissance de l'individu et qui conditionnent les relations de ce dernier. L'individu doit ainsi négocier sa place dans l'univers social (Blumer, 1986).

Pour Blumer (1986), élève de Mead, l'interactionnisme symbolique repose sur trois prémisses :

Human beings act toward things on the basis of the meaning that the things have for them; the meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with one's fellows; these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters. (p. 4)

Ainsi, la première veut que les êtres humains agissent envers les autres (humains, objets, institutions, etc.) en fonction du sens que ces « objets » revêtent pour eux, de la perception qu'ils en ont. Blumer (1986) ajoute que les « objets » sont jugés selon l'intérêt qu'ils revêtent pour chacun et que ce processus nous permet de ressentir ce que nous pouvons traduire aujourd'hui par de l'empathie. La deuxième prémisse précise que les perceptions découlent des interactions avec les autres et des apprentissages antérieurs. Enfin, la troisième stipule que c'est grâce à un processus interprétatif que les humains donnent un sens aux objets et modulent leurs comportements.

Pour Blumer (1986) le langage est le moyen utilisé afin d'analyser l'autre et de nous mettre à sa place. C'est dans l'échange, la conversation que nous sommes en mesure de nous faire des représentations et de prendre conscience de notre existence par rapport à l'autre. Nous serions sans cesse en train d'interpréter les gestes et les agissements des autres. Tout est question de perception.

David Le Breton (2008) définit l'interactionnisme symbolique comme suit : « Pour l'interactionnisme, l'individu est un acteur interagissant avec les éléments sociaux et non un agent passif subissant de plein fouet les structures sociales à cause de son habitus ou de la "force" du système ou de sa culture d'appartenance. » (Le Breton, cité dans Laberge, 2009, p. 151)

Pour Goffman, l'un des tenants de l'interactionnisme symbolique, toutes les interactions doivent être envisagées comme des systèmes sociaux. L'interaction s'incarne dans un face-à-face que le sociologue définit comme étant l'influence réciproque que les acteurs exercent les uns sur les autres, dans un contexte social favorisant leur rapprochement et leur confrontation relativement à leur vision du monde social. Goffman avance, dans son ouvrage *Asiles* (1968), que le rapport à la maladie mentale est formé et médiatisé par les échanges et les relations particulières que les individus entretiennent entre eux dans le contexte d'un « cadre » délimité socialement. Ainsi, l'interactionnisme symbolique cherche à « analyser les processus par lesquels les acteurs accordent leurs conduites, sur la base de leurs interprétations du monde qui les entoure » (Mucchielli, 2009).

L'interactionnisme symbolique nous paraît être l'approche la plus pertinente pour accéder au sens que les personnes ayant un problème de santé mentale attribuent à leurs expériences de judiciarisation. Le principal apport théorique de l'interactionnisme symbolique est qu'il permet d'analyser le processus interprétatif des sujets interviewés et de comprendre si la judiciarisation a des conséquences sur la manière dont ils se perçoivent et se décrivent, sur la façon dont ils expérimentent ce processus d'étiquetage. Nous nous intéresserons au sens donné par ces personnes et tenterons de faire des liens avec leurs diverses expériences tant avec les institutions en psychiatrie que judiciaires.

3.1.2 Théorie de l'étiquetage

La théorie de l'étiquetage a été utilisée dans le cadre de cette étude puisque nous nous sommes également intéressée aux effets que les qualificatifs découlant des idées reçues sur la folie, tels que « malade mental », « fou », « dangereux » ou « criminel », pouvaient avoir sur la confiance

des personnes rencontrées ainsi que sur leur trajectoire et leur rapport à autrui. Selon Cornut et Grenier (2011), « la théorie de l'étiquetage se fonde sur l'usage des étiquettes ou des labels pour qualifier, identifier et caractériser autrui » (p. 3).

Certains théoriciens de l'étiquetage tels que Tannenbaum (1938) et Becker (1963) affirment que le fait d'étiqueter une personne d'un sceau déviant entraîne des effets négatifs tels que l'aggravation des comportements criminels ou déviants : la personne en viendrait à accepter l'étiquette et à adopter les comportements attendus par cette étiquette. Tannenbaum affirme que le « moi » de l'individu serait grandement influencé par la manière dont il est perçu par la société.

Lacaze (2008) exprime ainsi les effets pernicioeux de l'étiquetage :

La possession d'un statut perçu de façon dépréciative dans la société est corrélative d'une inégalité des chances expérimentée par les personnes qui présentent des différences et des déficiences suggérées par le stigmat. Dans la mesure où le stigmat est une marque d'infamie ou de disgrâce, le signe d'un défaut moral, une tache causée par une conduite déshonorante ou une caractérisation réprobatrice, la valeur de la personne qui est en récipiendaire risque d'être considérée comme moindre dans la comparaison sociale. (p. 30)

Howard Becker, dans son *Outsiders* publié en 1963, soutient que l'étiquette (*labeling*) de déviance est le fruit d'un jugement social, c'est-à-dire qu'un acte n'est pas jugé déviant tant qu'une société donnée ne l'a pas identifié comme tel. La notion de déviance est construite par les interactions entre l'individu et la société qui juge l'acte.

Pour Link et Phelan (2001), les conséquences de l'étiquetage et de la stigmatisation sont que les individus ou les groupes stigmatisés deviennent porteurs d'attributs péjoratifs et font l'objet d'une sélection, d'une stratification qui est fondée sur leur caractère moral, mais aussi social. Ainsi, un individu, une catégorie ou un groupe étiqueté et stigmatisé est souvent destiné à expérimenter une perte de statut et à subir une inégalité de traitement.

Selon Goffman (1975), le processus d'étiquetage résulte également d'un décalage entre l'identité sociale réelle, ce que l'individu est, et l'identité sociale virtuelle, ce qui est attendu de l'individu. L'auteur définit deux types d'individus stigmatisés, soit les « discrédités » et les « discréditables », la différence entre ceux-ci reposant sur le fait que leur stigmate soit visible ou non. Ainsi, il existerait des techniques afin de ne pas laisser entrevoir l'écart entre les deux identités sociales et le processus d'étiquetage dépendrait de la capacité de la personne à camoufler cette différence. Goffman et Becker perçoivent la stigmatisation et l'étiquetage comme étant le reflet d'un malaise, d'un inconfort ressenti par le groupe dominant.

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse visera à mettre en relief et à décrire la manière dont l'individu perçoit le regard qui est porté sur lui, que ce soit par les institutions hospitalières ou judiciaires ou encore dans ses interactions en société. Il s'agit de rendre compte des conséquences des multiples étiquettes attribuées aux personnes composant avec des troubles mentaux sur leur perception identitaire et de l'influence de leur réaction aux étiquettes et aux stigmates sur leur capacité à s'intégrer et à interagir en société.

3.2 Concepts

3.2.1 Concepts de trajectoire et d'identité

Pour commencer, précisons que l'identité est un concept complexe qui est tributaire du rapport qu'entretient un individu avec son environnement et la société. Sans contact avec autrui, l'identité ne pourrait pas prendre forme (Dorais, 2004; Taylor, 2003). En effet, les échanges entre les individus forgent la perception que ces derniers ont par rapport à la place qui leur revient au sein de la société et la conscience de l'« Autre » leur permet de s'auto-identifier (Berger et Luckmann, 1966). Pour Dubar (1998), l'identité ne se construit pas uniquement par l'intermédiaire des interactions avec les autres individus, mais également sous l'influence des institutions dans la reconnaissance ou non des identités. L'aspect relationnel de l'identité détermine donc le caractère malléable et flexible de celle-ci, l'identité n'étant jamais véritablement cristallisée. Selon Camilleri (1992), les influences multiples de la culture, des institutions et des positions historiques et idéologiques dans lesquelles l'individu évolue

modulent de manières différentes son sentiment identitaire. En ce sens, les structures sociales détiennent aussi un rôle central dans les interactions sociales (Taylor, 2003).

Dorais (2004) définit l'identité selon trois mots-clés : rapport, construit et environnement. Le premier rend compte du fait que les personnes commencent à s'identifier du moment qu'elles ont conscience de l'autre et en ont besoin pour s'organiser. Ceci se fait dès un très jeune âge. Le deuxième mot-clé permet de comprendre que cette notion n'est pas statique mais peut évoluer. Finalement, l'environnement désigne une réalité plus large qui englobe non seulement le milieu naturel de la personne (famille, amis, institutions, etc.) mais également sa langue et ses représentations langagières. L'auteur explique qu'il existe trois types d'identité (que nous n'élaborerons pas) : culturelle, ethnique et nationale.

Le concept d'identité relève donc de la sphère sociale et émane de l'échange entre la personne et tout ce qui l'entoure. Il s'agit d'un processus interprétatif et subjectif, dans le sens où tout est sujet à être interprété par un individu et que cette interprétation viendra teinter sa construction identitaire (Berger et Luckmann, 1966). La construction identitaire prend également comme assise la qualité des relations familiales, institutionnelles et sociales (Camilleri, 1992; Dumais 2004).

En ce qui concerne le concept de trajectoire, Dubar (1998) identifie deux manières de comprendre la trajectoire d'un individu : « objectivement comme une suite de positions dans un ou plusieurs champs de la pratique sociale » et « subjectivement comme une histoire personnelle dont le récit actualise des visions du monde et de soi. Ces deux points de vue interfèrent souvent dans les multiples usages de la notion d'identité » (p. 73). L'auteur prend appui sur Kaufmann (1994) afin d'expliquer ces deux pans qui composent la trajectoire d'un individu. Le premier pan se révèle dans le discours de la personne, ce que Dubar appelle « la production langagière biographique » (1998, p. 74). Il s'agit des diverses manières qu'a un individu de raconter, telle une histoire, ses différents parcours (familiaux, professionnels, institutionnels, etc.) afin de rendre compte d'une « position » à un moment donné ou d'« anticiper [son] avenir possible » (p. 74). Le second pan concerne les « cadres sociaux de l'identification » (p. 74) qui définissent les interactions entre un individu et son espace social. Dans ces interactions, la personne se

définit selon le point de vue d'autrui, cet autre pouvant être individuel ou institutionnel. À cette étape, nous pouvons faire un parallèle avec les identités réelles et virtuelles décrites par Goffman (1975) et qui expliquent que l'individu peut vivre une crise identitaire si son identité virtuelle (celle qui lui est prêtée par la société) ne concorde pas avec son identité réelle (celle qu'il considère avoir).

Barus-Michel (2002) fait aussi état du caractère à la fois objectif et subjectif du développement identitaire de l'individu :

[L'identité a une] existence « objective » puis qu'elle est définie à partir de critères juridiques, sociaux et physiques qui s'imposent au sujet et, simultanément, elle s'étaye sur des intentions, des perceptions, des sentiments, donc sur une subjectivité dont on sait qu'elle est « sujette à caution », donc vulnérable et parfois éphémère. La dialectique de l'objectivité et de la subjectivité prend des formes différentes selon le niveau de développement des sociétés et les contextes culturel, politique ou religieux qui axent les normes de définition de l'individu. Par exemple, dans les sociétés modernes, les institutions jouent un rôle central de régulation alors que ce sont les groupes primaires ou religieux qui fixent les assignations identitaires dans des sociétés moins développées ou archaïques. (p. 175)

Enfin, pour Bellot et ses collaborateurs (2005), « [l]a trajectoire se définit comme une finalité de recherche qui permet de caractériser l'identité de l'individu et son évolution au regard de son statut, de ses conduites, de sa position sociale, de ses relations » (p. 73).

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons à la manière dont la personne perçoit et comprend sa situation en fonction de ses propres expériences de vie liées à la santé mentale et au système judiciaire et à leur articulation. Nous tenterons de comprendre comment la trajectoire de vie de l'individu peut venir influencer sa situation et l'analyse qu'il en fait, tout comme elle est aussi influencée par le rapport aux institutions et à l'autre. Il ne s'agit pas de d'explorer et de décrire le processus de construction identitaire de la personne, mais bien de faire ressortir ses points de vue face à ses expériences au sein des différents systèmes.

3.2.2 Concept de vécu

Afin d'expliquer le concept de vécu, nous nous sommes intéressée à la définition que nous donnent Forget et Paillé (2012), à savoir que « le vécu se réfère à un moment spécifié de la relation au monde et à soi dans toute sa globalité telle qu'une personne le vit et l'éprouve effectivement » (p. 73). En ce sens, le vécu demeure un concept subjectif qui « relève des actes (mentaux et matériels) » (p. 73) et réfère à quelque chose de personnel qui n'appartient pas à la collectivité. Selon la même définition, le vécu s'inscrit dans un moment précis, le moment où la personne le vit. Il est donc nécessaire de questionner la personne sur des moments précis de sa vie lorsque nous désirons recueillir le vécu d'une personne, ses sentis et ses expériences. « Le vécu ne peut donc être constitué par des ouï-dire, être associé aux habitudes ou aux tendances, à l'expertise professionnelle acquise au fil des années et être indéterminé en termes de lieu/moment. » (Forget et Paillé, 2012, p. 73) Le vécu revêt donc un caractère sensoriel en ce sens où il est incarné et éprouvé : les personnes ressentent souvent des émotions face à une situation donnée et réagissent physiquement à ces souvenirs.

Lorsque nous nous intéressons au vécu de la personne, nous ne cherchons pas des explications à un phénomène, mais désirons simplement documenter et rapporter ce que la personne a vécu sous l'angle de sa propre analyse personnelle.

3.2.3 Concept de stigmaté

Comme il a été vu à la section 2.3, Goffman (1968) identifie dans son ouvrage *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap* trois types de stigmatés : les *monstruosités du corps* qui sont des stigmatés corporels tels que les défauts physiques ou les handicaps, les *tares de caractère* qui relèvent des traits de personnalité ou des habitudes et les *stigmatés tribaux* qui sont les traits transmis de génération en génération. Rose Weitz (1990) ajoute une quatrième catégorie, celle des maladies chroniques ou contagieuses comme le sida. Goffman indique que les stigmatés proviennent d'un processus interactif mixte entre la personne porteuse du stigmaté et les « normaux ».

Goffman fait une distinction entre stigmates visibles et stigmates invisibles. Lorsque le stigmate est invisible, l'individu essaiera de le dissimuler afin de ne pas être discrédité aux yeux des autres. Pour y parvenir, il déploiera diverses stratégies, qui généreront toutefois une profonde angoisse risquant de le trahir à tout moment. Goffman donne l'exemple de la personne qui a fait un séjour en psychiatrie et qui refuse de le révéler par peur d'être stigmatisée.

Le stigmate représenterait la différence entre le « eux » et le « nous » (Link et Phelan, 2001), c'est-à-dire entre ce qui est considéré comme normal par une société et une époque données et ce qui va à l'encontre de ces normes établies. Il reflète la volonté d'établir une limite claire entre le « normal » et l'« anormal ». Estroff (1981) affirme que c'est pour cette raison que nous utiliserions les termes « schizophrènes » ou « malades mentaux » pour identifier ces personnes plutôt que « personnes ayant eu un épisode schizophrénique » ou « personne ayant une maladie mentale ». À ce sujet, Dorvil (1990) mentionne que le stigmate lié à la maladie mentale est plus fort que ceux liés aux autres maladies et affecte toutes les sphères de la vie d'une personne. La stigmatisation vient ainsi, comme le montre Goffman (1975), totaliser l'identité sociale de l'individu qui compose avec un tel problème et serait le principal obstacle à son intégration et à sa participation sociale

Les stigmates proviennent d'un préjugé. Le préjugé est défini par Fischer (2010) comme étant « une attitude de l'individu comportant une dimension éducative, souvent négative, à l'égard des types de personnes ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale » (p. 117). Les préjugés sont donc acquis au cours de la socialisation.

Nous allons maintenant nous tourner vers le prochain chapitre où nous aborderons les stratégies méthodologiques déployées pour répondre aux objectifs de ce mémoire qui sont, rappelons-le, de révéler les diverses expériences reliées aux troubles de santé mentale et plus particulièrement au sein des institutions, d'exposer celles liées aux instances judiciaires et finalement de déterminer l'articulation entre ces deux types d'expériences et leurs influences sur la trajectoire de l'individu et sur la manière dont il se perçoit et interprète sa situation.

Chapitre 4 : Stratégies méthodologiques

Ce chapitre présentera la méthodologie employée dans le cadre de cette recherche. Pour ce faire, nous parlerons de l'approche privilégiée ainsi que du type de méthodologie utilisée. Par la suite, nous traiterons de la population ciblée par cette étude et de la méthode d'échantillonnage tout en faisant part des aspects éthiques qui ont dû être pris en compte afin de mener à bien cette recherche. Pour terminer, nous décrirons la manière dont nous avons analysé les données recueillies.

4.1 Approche privilégiée et type de recherche

Le but de cette recherche étant de comprendre l'expérience des personnes vivant avec un trouble de santé mentale qui se retrouvent au sein du système judiciaire, il était de mise d'utiliser une approche qui allait permettre de saisir la compréhension et la vision qu'elles ont de leur situation en passant par leur propre discours. Or, le discours des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale est souvent perçu comme étant non recevable, incohérent et irrationnel (Foucault, 1975). En effet, selon Grenier (2005), on craindrait que leurs propos ne fassent pas sens et que les preuves scientifiques provenant de leur discours soient perçues comme peu probantes. Il ressort Cependant de certaines études que la recherche qualitative auprès d'individus ayant un problème de santé mentale permettrait d'explorer des zones difficiles d'accès pour le chercheur ; ils seraient des informateurs clés sensibles à la réalité qui les entoure (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011; Grenier, 2005). L'approche qualitative permettrait aussi au chercheur d'aller saisir le «sens de ce qu'il lui est donné d'entendre ou d'observer» (Paillé, 2007, cité dans Côté, 2013, p. 415). Pour Mongeau (2008), le recours à cette approche équivaut à chercher à donner un sens à une situation encore relativement confuse ou un nouveau sens à une situation mal comprise.

En somme, l'étude qualitative semble être la meilleure technique pour comprendre la signification du vécu des sujets, dans ce cas-ci des personnes composant avec un trouble de santé mentale et se retrouvant au sein du système judiciaire, puisqu'elle permet d'explorer plus en profondeur les phénomènes et les caractéristiques qui leur sont propres. De plus, le recours à des

entretiens semi-dirigés favorise l'expression spontanée sur des thèmes qui leur paraissent importants et essentiels, informations que nous n'aurions pas obtenues par le biais de questionnaires. Dans ce type de recherche, une telle latitude s'impose. Les données qualitatives ont été complétées par des questionnaires quantitatifs portant sur les thèmes de la recherche.

La posture de recherche adoptée relève plus précisément d'une démarche de type compréhensive. L'approche compréhensive « se focalisera [...] sur le sens : d'une part, les êtres humains réagissent aux déterminismes qui pèsent sur eux ; d'autre part, ils sont les propres créateurs d'une partie de ces déterminismes » (Schurmans, 2003, cité dans Charmillot et Dayer, 2007, p. 57). Il ne s'agit pas de prétendre exposer ou expliquer entièrement un phénomène, mais bel et bien de comprendre et mettre au jour l'expérience de certains individus et les conséquences de la judiciarisation sur leur vie. Dans le cadre de ce type de recherche, l'aspect subjectif est primordial afin de saisir l'influence des diverses expériences vécues sur l'interprétation que les personnes font de leur problématique.

La stratégie de recherche adoptée afin de réaliser cette recherche est inspirée du récit de vie. En effet, cette stratégie permet de recueillir différents témoignages sur des expériences relevant d'une situation donnée (Bertaux, 1997).

[Le récit de vie] est un outil précieux dans nos sociétés en panne de sens pour se resituer soi, face à soi et aux autres, mais aussi pour restituer des vies de plus en plus morcelées. Qu'il s'agisse de récits d'individus fracturés par différents contextes, conjonctures et expériences personnelles pénibles ou des récits d'acteurs qui semblent « moins » agressés par les aléas de la vie, les vécus de tous ces individus s'enrichissent, s'entrecroisent, s'articulent autour d'une quête commune : celle de se construire en donnant du sens à sa vie et en lien avec les autres. (Laviolette, 2013, p. 9)

Cette stratégie de recherche permettra de mettre en commun les divers témoignages recueillis afin d'en faire une analyse qualitative qui permettra de comprendre le point de vue de ces personnes.

4.2 Échantillonnage

4.2.1 Type d'échantillonnage

L'échantillonnage était non probabiliste puisque les participants ont été sélectionnés selon des caractéristiques connues et communes : a) être atteint d'un ou plusieurs troubles de santé mentale diagnostiqués ; b) être âgé d'au moins 18 ans, c) être en mesure sur le plan cognitif de fournir un consentement éclairé ; d) avoir été accusé à au moins une reprise devant la Cour criminelle ou municipale.

4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir participer à la recherche, les personnes devaient être âgées de 18 ans et plus et être en mesure de nous donner un consentement éclairé. Cela veut dire que les personnes ne pouvaient pas être sous influence d'alcool ou de drogues au moment de l'entrevue et devaient avoir été référées par un intervenant qui pouvait nous assurer de leur stabilité sur le plan de la santé mentale. Les participants devaient également avoir un ou plusieurs diagnostics de maladie mentale et avoir été accusés à au moins une reprise devant la Cour criminelle ou municipale. La langue d'usage devait être l'anglais ou le français.

4.2.3 Recrutement de l'échantillon

Afin d'effectuer cette recherche et de recruter nos participants, nous sommes entrée en contact avec les intervenants de l'organisme Diogène situé à Montréal. La mission de cet organisme est « d'offrir et de rendre des services adaptés aux besoins exprimés par des adultes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants associés à la judiciarisation et/ou l'itinérance, dans le but d'atténuer leur détresse psychosociale et de favoriser la quête de leur autonomie » (Diogène, 2015).

Nous avons choisi de collaborer avec les intervenants de cet organisme afin de collecter les données puisqu'ils sont en contact direct avec la population ciblée par ce projet de recherche. Le

choix de procéder par l'intermédiaire d'un organisme a permis d'accéder plus facilement aux participants potentiels à la recherche et de s'assurer que ces personnes bénéficiaient de soutien.

Nous avons également fait appel à la Clinique juridique itinérante, qui a pour mission d'offrir des services-conseils dans le domaine juridique aux personnes dans le besoin, et cette dernière nous a mis en contact avec la Mission Old Brewery qui aide les personnes dans la rue. Ces derniers ont été en mesure de nous aider dans le recrutement de nos participants.

4.2.4 Description de l'échantillon

Notre échantillon était constitué de dix personnes volontaires, cinq hommes et cinq femmes. Les personnes ayant participé à la recherche étaient toutes âgées d'au moins 18 ans et vivaient avec un ou plusieurs troubles de santé mentale diagnostiqués. Ces personnes avaient toutes eu des démêlés avec la justice et, sur les dix, une seule n'avait jamais fait de la prison.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants (noms fictifs)

Nom	Âge	Diagnostics	Accusations
Andrée	57	Bipolarité Troubles anxieux Dépression	- Menaces - Vol - Bris de condition
Sophie	41	Dépressions majeures Troubles anxieux	- Voies de fait avec lésions - Troubler la paix
Léa	50	Trouble d'anxiété généralisée	-Troubler la paix -Ne pas coopérer avec des agents de la paix
Lise	44	Multiplés psychoses Dépression	-Troubler la paix -Accusations en lien avec la sécurité routière
Ann	55	Schizophrénie affective	-Troubler la paix -Accusations en lien avec la régie du logement -Vol à l'étalage
Léo	43	Dépression majeure Troubles anxieux Multiplés psychoses	-Vol à l'étalage -Voies de fait

Nom	Âge	Diagnostics	Accusations
Bruno	56	Troubles anxieux Multiples psychoses	-Conduite en état d'ébriété -Vol à l'étalage
Jean	48	Trouble de la personnalité limite Dépression majeure Trouble anxieux	-Introduction par effraction
Benoît	50	Traumatisme crânien (troubles de l'humeur)	-Menaces de mort -Troubler la paix
Antoine	53	Bipolarité Multiples psychoses Dépressions	-Vol à main armée -Plusieurs bris de condition

Il est intéressant de noter que la moyenne d'âge de notre échantillon est ici de 49 ans. Nous supposons que le fait d'avoir choisi de faire notre recrutement par l'intermédiaire d'un organisme qui offre de l'aide en santé mentale et d'une ressource pour personnes itinérantes a une influence sur la moyenne d'âge de l'échantillon. En effet, la littérature nous indique que les jeunes adultes (18-35 ans) tendent à sous-estimer leurs besoins de services et préfèrent essayer de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes alors que pour les personnes âgées (65 ans et plus), la sous-utilisation des services en santé mentale est davantage liée à une peur de la stigmatisation ainsi qu'à l'absence de diagnostic (Carr *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 2001). Afin de participer à notre recherche, le participant devait être en mesure de reconnaître son problème de santé mentale. Ceci peut expliquer cette moyenne d'âge.

Nous souhaitons également souligner que quatre participants sur dix vivaient en situation d'itinérance au moment des entretiens, mais que tous les participants ont connu une telle situation à un moment ou à un autre de leur vie. Il est important de garder cette information à l'esprit lorsque nous abordons les concepts de stigmatisation et d'exclusion puisque l'itinérance serait la forme exemplaire d'exclusion sociale (Roy, 1995). En effet, dans une société où le travail, la réussite sociale et les avoirs influencent la place de la personne au sein de la société, celle à qui tout cela échappe se voit devenir objet de mépris et en vient à symboliser l'échec social (Dufour, 2002 ; Morin *et al.*, 2000; Roy, 1995). Il s'agit d'un stigmate supplémentaire pour la personne.

4.3 Cadre technique et outil de collecte de données

La collecte de données a débuté au mois d'août 2015 pour se terminer en janvier 2016. Au total, dix personnes ont été rencontrées. Les rencontres se sont déroulées soit dans un endroit connu du participant, la plupart du temps un café, soit dans les locaux d'un organisme. Une seule rencontre a été faite au domicile d'un participant, en compagnie de l'intervenante de ce dernier.

Avant chaque rencontre, le formulaire de consentement a été présenté aux participants et leur a dûment été expliqué. Il était important que les personnes comprennent le but de la recherche ainsi que leurs droits. Les rencontres ont été d'une durée moyenne d'une heure et une rémunération de 20 \$ a été remise aux participants.

Les entrevues réalisées étaient inspirées de la méthode du récit de vie. En effet, le but était de recueillir les impressions, expériences et perceptions des participants sur leur situation. Il était donc important de teinter le moins possible leurs réponses. En ce sens, des questions ouvertes et semi-ouvertes leur ont été posées. Une grille d'entrevue a été utilisée afin de guider l'entrevue et de nous assurer de récolter le maximum d'informations pertinentes à la compréhension de la situation.

Nous nous sommes assurée que les participants pouvaient recevoir le soutien nécessaire par le biais des organismes qui nous les ont recommandés en plus des services des centres de crise, puisque les entrevues pouvaient amener le participant à revivre des souvenirs difficiles.

4.4 Aspect éthique

4.4.1 Enjeux éthiques

Le premier enjeu éthique à considérer lors d'une recherche qualitative est le principe de réflexivité du chercheur. En effet, « les approches inductives qui caractérisent les recherches

qualitatives sont intimement reliées à l'engagement du chercheur, à son intuition, à sa capacité d'adaptation, à son expérience et à sa subjectivité. Le chercheur est "partie prenante" de sa recherche » (April et Larouche, 2006, p. 46). Il importe que le chercheur prenne connaissance de cet aspect et soit en mesure d'identifier ses biais afin que ces derniers ne viennent pas teinter la recherche et que le chercheur soit réellement à l'écoute des participants.

Considérant le fait que cette recherche était faite auprès de personnes présentant des troubles de santé mentale, il était primordial de nous assurer que leur état était stable et qu'en cas de besoin, ils pouvaient recevoir le soutien nécessaire. Il fallait donc mettre en place un filet de sécurité autour des participants, ce qui a été assuré par les intervenants des organismes qui ont collaboré à la recherche.

Afin d'assurer l'anonymat des participants, des pseudonymes ont été utilisés en remplacement des prénoms. Toutes les entrevues ont été enregistrées et nous avons garanti l'anonymat aux participants.

Avant chaque rencontre, le formulaire de consentement était montré et expliqué au participant. Chaque participant devait signer le formulaire. Une copie lui était remise et une autre revenait à la chercheuse. Les participants ont également été informés qu'à tout moment, ils pouvaient se retirer de la recherche.

Les participants de la recherche ont eu droit à une compensation financière de 20 \$. L'idée d'offrir une compensation financière ne fait pas consensus auprès des chercheurs, particulièrement lorsqu'il s'agit de recherches auprès de personnes en situation de précarité. En effet, la compensation peut alors être perçue comme un moyen coercitif/attractif pour recruter des participants. Ensign (2003) mentionne à ce sujet que:

The guiding principle for this is that remuneration for research should be limited to payment for the time and inconvenience of participation; it should not be based on level of risk involved in the research and should not be so high as to be coercive (Levine, 1986; Sugarman *et al.*, 1998). There is little consensus about what constitutes due and undue

incentives for research participation for adult research participants, much less for adolescents. (p. 45)

L'auteur propose, pour pallier le risque que le sujet dispose de l'argent d'une manière qui pourrait nuire à sa santé (achat de drogues ou d'alcool, par exemple), d'offrir des cartes-cadeaux. Pour notre part, nous avons maintenu l'idée d'offrir de l'argent en guise de rémunération puisque nous ne voulons prétendre être mieux placée que les participants en ce qui concerne la manière de gérer cet argent.

4.4.2 Limite de l'étude

La première limite de cette recherche consiste en la taille de l'échantillon. Bien que les entrevues menées permettent d'avoir une idée générale de la situation des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et qui se retrouvent au sein du système judiciaire, elles ne permettent pas d'étendre les résultats à la totalité des personnes qui vivent cette situation. La contrainte du temps explique en partie que nous n'ayons pas pu approfondir davantage notre sujet d'étude.

Également, puisque les participants rencontrés ont été recrutés par l'intermédiaire de ressources d'aide, nous n'avons pas eu accès aux personnes les plus isolées, celles qui ne reçoivent pas de services. Avoir accès à ces personnes aurait permis une compréhension plus poussée des processus d'exclusion et de stigmatisation.

Ensuite, il est important de garder en tête que les personnes rencontrées livrent leurs expériences de vie à une parfaite étrangère. Ceci dit, il se peut que les participants n'aient pas osé dévoiler certaines informations ou en aient modifié quelques-unes. Par ailleurs, les réponses dépendent de la capacité des participants à se souvenir d'événements passés. Enfin, il importe de prendre en compte le biais de désirabilité sociale face à des questions comme celles de la santé mentale, qui est frappée de stigmatisation.

4.5 Analyse des données

Le but de l'analyse qualitative est de donner un sens au discours des sujets et de faire des liens entre ces différents discours (Paillé, 2007). C'est dans l'analyse des mots, dans la démarche discursive que le chercheur est en mesure de théoriser un témoignage, une expérience ou un phénomène. L'analyse qualitative repose en grande partie sur un travail d'interprétation (Paillé, 2007). Comeau (1994) explique que :

[l'analyse] repose sur des opérations de catégorisation, c'est-à-dire un ensemble d'étapes visant à distinguer et nommer différentes classes d'éléments présentant une certaine homogénéité, les catégories. Il s'agit d'une opération si cruciale que Bernard Berelson, un pionnier de l'analyse de contenu, disait qu'une « analyse de contenu vaut ce que valent ses catégories ». (cité dans Mucchielli, 2009, p. 34)

L'analyse de nos données a été guidée par notre question et nos objectifs de recherche. Ceci nous a permis de cibler spécifiquement les éléments devant être étudiés. Pour ce faire, nous avons élaboré une grille d'analyse à partir du logiciel InVivo afin de faire ressortir les principaux thèmes des entrevues et ainsi d'être en mesure de codifier l'information recueillie. Nous avons débuté par retranscrire lesdites entrevues sous forme de verbatims afin d'en faire une lecture minutieuse. Ainsi, il nous a été possible de construire la grille d'analyse à l'aide du logiciel InVivo tout en gardant en tête le cadre théorique et les propos tirés directement du terrain, formulés autant que possible dans les mots des acteurs.

Les thèmes qui devaient nous aider à répondre à notre question et à nos objectifs de recherche ont été déterminés après une première lecture de nos verbatims. Rappelons notre question de recherche : Comment les expériences au sein du système judiciaire s'articulent-elles avec les expériences en santé mentale et façonnent-elles la trajectoire des personnes composant avec un trouble de santé mentale ? Les objectifs de recherche vont comme suit : 1) Décrire les diverses expériences reliées au trouble de santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les expériences au sein des institutions de santé mentale ; 2) Décrire les diverses expériences de ces personnes au sein des instances judiciaires ; 3) Comprendre l'articulation entre ces deux types d'expériences et leurs influences sur la trajectoire de ces individus et sur la manière dont ils se

perçoivent. Il s'agissait de relever les différents thèmes abordés en cours d'entretien qui se recoupaient et paraissaient liés aux objectifs et à la question de recherche. Les thèmes qui ont été dégagés sont : 1) l'identité ; 2) les expériences en lien avec la santé mentale ; 3) les expériences judiciaires ; 4) l'articulation entre ces deux types d'expériences et leurs conséquences sur l'identité ; 5) les perspectives pour le participant et l'aide souhaitée. Nous avons sélectionné et organisé le contenu des verbatims, ce qui nous a permis de compiler les données en fonction des différents thèmes et ainsi de discerner les similarités et les différences entre les contenus afin de construire notre analyse.

Le premier thème, celui de l'identité, rend compte de la trajectoire des participants. Il permet d'explorer les expériences de socialisation primaire des personnes rencontrées afin de mettre en relief les points de rupture dans les processus de socialisation primaire et de socialisation secondaire qui influencent l'insertion sociale et, conséquemment, la stigmatisation. (Berger et Luckmann, 1966; Bellot *et al.*, 2005; Dubar, 1998; Kaufmann, 1994).

Le thème portant sur les expériences en santé mentale fait ressortir les perceptions qu'ont les participants par rapport à leur diagnostic en santé mentale (le rapport qu'ils ont face à la santé mentale, la manière dont le diagnostic en santé mentale vient teinter leurs interactions et leur capacité d'insertion au sein de la société, etc.) ainsi que leurs expériences au sein des institutions en santé mentale. Le cadre de l'interactionnisme symbolique aide à comprendre comment les personnes construisent leur perception d'elles-mêmes à partir de leur lien avec la santé mentale ; en effet, ces dernières en viennent souvent à percevoir négativement le problème de santé mentale et finissent par se déprécier. Plus les participants ont des expériences négatives en lien avec la santé mentale, plus ils se sentent étiquetés péjorativement et plus il ressort de leur discours des difficultés à s'intégrer à la société et à se projeter dans le futur.

Le récit des expériences au sein du système judiciaire permet de constater de quelle manière les participants perçoivent et interprètent ces expériences. Nous explorons également les conséquences de la judiciarisation sur les participants et l'influence de ces expériences sur leur perception d'eux-mêmes, de leur capacité à s'intégrer et de leurs interactions avec autrui (institutionnelles, familiales, interpersonnelles, professionnelles, etc.). Ce thème nous permet

d'observer comment les diverses expériences judiciaires viennent teinter la perception identitaire des personnes et comment ces dernières les gèrent.

Le thème qui porte sur l'articulation entre les deux types d'expériences et leurs conséquences sur l'identité permet de faire ressortir le sens que les participants accordent à la juxtaposition de ces situations. Pour chacune des entrevues, le participant est amené à parler de sa perception et de son interprétation des différentes interactions qu'il a avec autrui (institutions, personnes, etc.) en fonction de ses expériences judiciaires et en santé mentale (égalité des chances, accès aux ressources, capacité à créer des liens sociaux, etc.). Ce thème permet également d'explorer comment chacun des deux types d'expériences vient influencer l'autre et modifier le rapport aux institutions. Le recours aux théories de l'étiquetage et de l'interactionnisme symbolique nous a permis de rendre compte de la façon dont les expériences des individus façonnent leurs perceptions d'elles-mêmes et de leur situation sociale et personnelle et, conséquemment, de la manière dont elles interagissent avec autrui. Ces théories nous permettent également de comprendre comment ces personnes en viennent à se sentir stigmatisées et porteuses d'étiquettes négatives.

Finalement, le thème en lien avec les perspectives pour les participants et l'aide qu'ils souhaitent obtenir permet d'explorer les possibilités d'insertion sociale ainsi que les aspects positifs de leur trajectoire personnelle. Ce thème fait également ressortir les stratégies (contournement, dégageant et défense) (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 2007) que les participants utilisent afin de protéger leur identité, bref de contrer la stigmatisation et les étiquettes négatives qu'ils se voient accoler. (Goffman, 1975).

En résumé, c'est par le regroupement des données par thème qu'il a été possible de procéder à leur reconstruction et à leur interprétation. Nous avons été en mesure d'établir des similarités et des différences entre les contenus. Cet exercice a permis de compiler les données, de catégoriser les parcours des participants et de répondre à nos trois objectifs. C'est lors de cette étape que nous avons attribué un sens aux données et les avons replacées dans le contexte de la recherche. Il faut faire des liens entre la problématique et les données recueillies. Dans le cadre d'une analyse compréhensive, il importe d'aller observer quel est la perception que les sujets ont de la problématique.

Paillé (2007) dit ceci au sujet de l'interprétation des données :

[Elle] est tout autant une composition (dans le sens artistique du thème), qu'un témoignage se voulant authentique et valide. Elle relève d'une expérience (du terrain), mais se déploie dans une réalisation (au sens de performance) qui reste toujours une approximation. Elle est, de diverse manière, une relation, et même une épreuve (un éprouvé qui peut devenir éprouvant). Elle met en cause tout l'univers interprétatif du chercheur, composé de savoirs de diverses natures, qui ne sont d'ailleurs pas que livresques. (p. 416)

C'est donc à partir d'une démarche inductive, c'est-à-dire en recueillant d'abord les témoignages pour ensuite dégager un sens aux discours, que l'analyse a été faite (Paillé, 2007).

Dans le prochain chapitre, nous présenterons les résultats en suivant l'organisation par thème de l'analyse. Nous démontrerons ainsi comment ces cinq thèmes influencent le parcours des personnes rencontrées et leur manière de se percevoir et d'interpréter leurs interactions avec autrui.

Chapitre 5 : Description des résultats

Rappelons que les données qualitatives ont été amassées auprès de dix participants composant avec des troubles de santé mentale et qui se sont retrouvés à plus d'une reprise au sein du système judiciaire. Afin de présenter les résultats et d'en faciliter l'analyse, nous avons choisi de les diviser selon cinq thèmes : l'identité, les expériences en lien avec la santé mentale, les expériences judiciaires, l'articulation entre ces deux types d'expériences et leurs conséquences sur l'identité et finalement les perspectives pour les personnes et l'aide souhaitée. Le présent chapitre fera état des résultats obtenus.

5.1 Identité

Comme rapporté précédemment, l'identité d'une personne se construit au fil du temps et est toujours en mouvement (Bellot *et al.*, 2005; Dubar, 1998; Kaufmann, 1994; Qribi, 2010). Cette identité mouvante se dessine toutefois dès le jeune âge. Dans cette section, nous explorerons comment la trajectoire d'un individu s'esquisse lors de son enfance et influence la manière dont il se perçoit et intègre des étiquettes ou des stigmates. Nous y constaterons que tous les participants ont, dès leur jeune âge, vécu des épisodes qui sont venus fragiliser leur parcours et teinter leur capacité à se percevoir positivement. Cette section sera divisée en trois sous-sections, soit l'historique familial, les difficultés concomitantes et le soutien familial et extrafamilial.

5.1.1 Historique familial

Les participants nous ont tous fait part de leur historique familial afin de mieux nous faire comprendre d'où ils viennent, ce qu'ils ont vécu et qui ils sont. Les entretiens nous ont permis de constater que tous les participants, à l'exception d'un seul, avaient vécu des enfances difficiles, parsemées d'embûches et ayant laissé des traumatismes importants. En effet, neuf participants sur dix nous ont rapporté des épisodes de violence familiale et plusieurs participants ont mentionné avoir été victimes d'abus physiques. La première partie des résultats porte sur le parcours social des participants et, plus particulièrement, sur la nature des liens qu'ils ont tissés dans leur milieu

familial, leur milieu scolaire, leurs milieux de travail et leur réseau social. Les témoignages recueillis indiquent que des événements qui ont eu lieu au cours de la socialisation primaire ont créé, chez les participants, une brèche dans les rapports à leur environnement social et dans leur capacité à s'épanouir.

Des coups, on en a mangé. En veux-tu en v'là. [...] Tout jeune, quand mon père partait – il était camionneur, là je pouvais respirer en paix. Dès qu'il revenait à la maison, je retenais mon souffle et j'attendais qu'il reparte. C'était épuisant pour un enfant. Des fois, on était couchés, on faisait rien de mal, il montait dans nos chambres pour nous sacrer une volée à coup de ceinture. On ne savait même pas ce qu'on avait fait. (Jean)

Mon père travaillait. Y partait sur la route cinq jours par semaine. Quand y revenait, c'était souvent le bordel. Si ça allait pas bien à l'école, on mangeait une baffe, y nous battait. (Léo)

Pour cette participante, la violence pendant l'enfance se traduit également par des violences sexuelles et le rejet de familles d'accueil :

I was born on a reserve. I was taken away at a young age, they took me to a house. Then I was in a foster home. I have been sexually abused. Then I went into another foster home, they were also very violent. (Sophie)

Parfois, la violence s'accompagne de problèmes de consommation chez les parents, ce qui peut être un élément contribuant à rendre certains parents plus agressifs à l'endroit de leur enfant :

My mother was an alcoholic and used to beat my father. Then she used to beat me but she never beat my brother. (Andrée)

Mon enfance, pour ce que j'en sais, pour ce qu'il me reste de souvenirs, c'était très dysfonctionnel, mon père était violent avec ma mère quand il prenait de l'alcool.
(Antoine)

Ma mère, elle ne venait même pas à la maison. Elle aimait mieux se prostituer et boire dans les bars au lieu de venir nous mettre de la bouffe dans la maison. (Jean)

Ces expériences d'abus représentent des moments traumatiques pour les participants et les amènent à éprouver toute une gamme d'émotions (colère, peur, affects dépressifs, culpabilité, etc.) et à avoir une perception négative d'eux-mêmes. Il ressort également du discours des neuf participants ayant eu des difficultés en jeune âge un grand manque de stabilité lors de l'enfance, ce qui compromet la création de liens affectifs et la possibilité de se projeter dans un futur positif. En effet, quatre participants sur dix ont été pris en charge par la protection de la jeunesse et ont subi de nombreux déplacements, de nombreuses ruptures. Les participants ayant vécu dans les centres de réadaptation comparent cette expérience à de l'emprisonnement. Ils affirment également que ces nombreuses ruptures les ont amenés à avoir des difficultés relationnelles à l'âge adulte, n'étant plus en mesure de faire confiance à quiconque.

Comme souvent, je m'attachais, surtout quand j'ai été placé. Je m'attachais aux éducateurs, aux travailleurs sociaux, aux enseignants, mais finalement, quand c'est fini, c'est fini. (Jean)

Pendant une certaine période, j'étais en centre d'accueil, [...] pis quand je suis sorti, j'avais des conditions à respecter. (Léo)

Finalement, ils ont décidé que ce serait peut-être mieux que je sois dans une famille d'accueil qui, bon, elle est faite pour ça, [s'occuper des cas lourds]. Pis, finalement, on a remis mon cas aux services sociaux. Là, je suis allé dans une famille, pas longtemps. À peu près un an. [...] Pis j'ai vécu de la violence psychologique, verbale, physique, pis en dernier sexuelle. Pis c'est là que je suis arrivé à mes 13 ans

à peu près, pis là je suis parti. Je suis parti, j'suis devenu un genre de jeune de la rue. (Antoine)

J'étais un jeune en fugue, faque quand on m'arrêtait, ben là on m'amenait dans les centres pour jeunes, mais des centres, c'était des prisons. J'ai fait de la prison, mais pour les jeunes, c'est la même chose. (Antoine)

En plus des problèmes de violence et de consommation dans les familles, trois participants ajoutent également avoir grandi avec des parents ayant des troubles de santé mentale. Les troubles de santé mentale de leurs parents pouvaient devenir une lourde responsabilité à porter pour ces participants.

Ma mère était schizophrène. (Ann)

J'avais une tâche cependant, moi, qu'on m'avait donnée : c'était de contrôler sa médication. Faque là, ma mère était à risque pour le suicide. Elle avait déjà eu des tentatives de suicide. Mais là, cette fois-là, elle est venue dans la nuit pis elle les a trouvés, [ses médicaments]. (Antoine)

Les difficultés familiales, en induisant une incapacité à se projeter dans le futur et un manque de liens affectifs positifs, se sont répercutées dans leurs comportements. En effet, les participants affirment que les difficultés familiales qu'ils ont vécues les ont parfois amenés à faire des choix lourds de conséquences tels que des fugues ou de la délinquance juvénile.

J'étais pas du monde, moi. J'étais un véritable enragé. Je criais sans arrêt. Ç'avait pas de bon sens. Je faisais des mauvais coups, évidemment. J'ai commencé à voler avant même de commencer l'école. Je volais les jouets des voisins. J'ai jamais été... il n'y a jamais personne qui m'a pogné, faque c'était comme correct. Sinon, quand j'ai commencé l'école, bien là, je spotais les boîtes à lunch des enfants pis, si mettons il ne finissait pas son lunch, il laissait mettons une pomme, un gâteau, ben là, moi je

m'arrangeais pour pouvoir rentrer dans l'école pis j'allais voler la nourriture dans les boîtes à lunch parce que j'avais trop faim. (Antoine)

Il semblerait que l'identité soit marquée par les placements vécus, ces placements ayant fait vivre un fort sentiment d'abandon et de rejet qui s'est traduit en révolte et en comportements marginaux.

Donc, j'suis devenu totalement réfractaire à l'autorité, complètement. Là j'suis rentré. J'avais 13 ans, j'ai rencontré une jeune fille de 15 ans qui, elle, était accro à l'héroïne. Pis ç'a été mes premières expériences, c'était avec ça. Bon, j'avais déjà fumé du pot, mais pour dire les drogues dures, ce qui m'a amené en prison, ça a commencé là. Pis elle, elle avait 15 ans, pis moi j'avais 13 ans. Pis pas longtemps après qu'on s'est connus, elle a eu une overdose et elle en est décédée. Pis là, moi j'ai continué. J'tais un jeune en fugue faque quand qu'on m'arrêtait, ben là on m'amenait dans les centres pour jeunes, mais des centres, c'était des prisons. J'ai fait de la prison, mais pour les jeunes, c'est la même chose. J'ai goûté à ça assez jeune, 13 ans. Pis là, bah, c'était... je fuguais. Ils me reprenaient, je re-fuguais jusqu'à ce que j'arrive à l'âge de 18 ans. Pis là, j'étais rendu au point de commettre des vols à main armée dans des banques pour subvenir à mes besoins de consommation. (Jean)

Seul Benoît nous dit avoir eu une famille aimante depuis sa naissance et que celle-ci lui a été d'un grand soutien. Il est à noter que le trouble de santé mentale de Benoît est associé à un traumatisme crânien survenu à l'âge de quarante ans et n'a donc pas eu de conséquences sur son enfance et son adolescence, ce qui est le cas des autres participants.

Ces extraits rendent évidentes les conséquences sur le plan émotif que ces trajectoires ont eu sur les participants. Les sévices corporels, les agressions sexuelles et les ruptures vécus au cours de leur enfance ont passablement influencé le futur parcours de vie des participants.

5.1.2 Difficultés concomitantes

Les propos des participants dévoilent un grand manque de stabilité à l'enfance jumelé à de multiples traumatismes. Ces difficultés sont souvent venues accentuer leur vulnérabilité et fragiliser leur situation tant sur le plan individuel que social. Donc, en plus de composer avec un trouble de santé mentale et d'avoir des démêlés avec le système judiciaire, les personnes rencontrées nous ont fait part d'autres difficultés qu'elles vivent ou ont vécu, pour lesquelles elles ne se sentaient pas outillées et qui les ont également fragilisées.

Ainsi, tous les participants nous ont fait part de problèmes en lien avec la consommation de drogues (marijuana, cocaïne, héroïne). Tous ont affirmé que leur consommation de drogues leur permettait d'oublier leurs problèmes, ou du moins de les atténuer.

Faque c'est sûr que tu ne digères pas deux ans en l'espace d'une semaine. Faque évidemment j'ai eu une période de consommation de drogues, d'alcool, ça avait pas de bon sens, faque je vivais dans une petite chambre, tsé, je me ramassais souvent en désintox. (Jean)

Bah, c'est sûr que l'alcool, c'est pour diminuer l'anxiété. Pis je dors bien. Parce que moi, j'ai de la difficulté à m'endormir. (Léo)

I like it for the relief, the stress and everything. (Andrée)

At the time I was 21, I had 15 overdoses. (Léa)

Les personnes interviewées nous ont également fait part de la précarité, tant sur le plan économique que social, dans laquelle elles vivent. Toutes ont expérimenté l'itinérance à au moins une reprise dans leur vie. Quatre participants sur dix vivaient dans des refuges pour personnes itinérantes au moment des entretiens. Lorsqu'ils ont des logements, les participants affirment souvent avoir des problèmes avec les voisins ou le concierge de l'immeuble.

C'est pas toujours la paix, mais au moins j'ai un toit sur la tête, tsé y'a des fois je dis : « J'en peux plus », j'm'en irais parce que tsé y'a ben des raisons [...] J'veux pas m'en aller dans la rue. (Benoît)

– C'est des problèmes avec le propriétaire ? – *Ben, avec le concierge et un de ses amis. (Antoine)*

I got into fight before with neighbor but I was always able to keep my apartment. (Sophie)

Plusieurs participants rapportent se sentir traités injustement par leur propriétaire. Ils affirment également ne pas recevoir d'appui des personnes autour d'eux, d'être seuls dans leurs difficultés.

I was so happy because it was my apartment, I would consume and drink but it was my apartment. I would have friends over. So I called [the landlord], before the 12, so he told me: "OK, come the 12". I go there, open the door downstairs, everything is ok, I go upstairs: the door is locked. I can't go in there and I have my lease. I went to the phone booth, I asked for my landlord and he told me that he got all my stuff out. But he did not say that, he said: "You have black people, because my ex-girlfriend was black, and I think he had prejudice, the police told me not to go there, it is not a good place for me, this is no good. (Andrée)

Pis là, le concierge était écœuré que je l'appelle, faque il s'est quasiment pas occupé de moi. Il a appelé un serrurier. Je suis allée à Dollard-Cormier, j'ai passé l'après-midi, je me suis embarrée. Je suis arrivée à cinq heures et demie pis finalement à neuf heures et demie j'ai décidé d'appeler la police. Parce que si le serrurier ne venait pas, personne ne s'occupait de moi sauf la petite madame à l'appartement 9. Pis là, la police a rentré par l'air conditionné pour me débarrer la porte. Mais là, j'ai dérangé des voisins parce que je voulais me faire aider pis y'ont fait des plaintes contre moi. (Ann)

Comme moi, le pire c'est que j'étais tranquille assis sur mon balcon parce que le propriétaire m'a obligé d'enlever mon air conditionné parce que ça coulé en bas. Faque ça fait que j'avais un deux et demi et y faisait chaud dans maison. J'ai été m'asseoir sur le balcon ben tranquille pis là c'est lui qui m'intimidait en bas, pis là j'ai pété les plombs. (Benoît)

Finalelement, toutes les personnes rencontrées nous ont fait part de leur fréquentation du monde interlope afin de subvenir à leurs besoins : danse, prostitution et vente de drogue. La plupart nous ont affirmé qu'il était difficile pour eux de maintenir un emploi et qu'ils avaient souvent le sentiment qu'on ne veut pas d'eux, d'où leur engagement dans des activités criminelles.

Je suis pas capable de garder une job, faque la prostitution, c'est la seule job que je peux garder. (Ann)

Vol à l'étalage, trucs de même. Pis étant donné que j'étais dans la rue, de la bouffe. (Jean)

Parce que sur l'aide sociale, avec un enfant, tu vas pas loin. Alors j'avais pas tellement le choix [de vendre de la drogue]. (Jean)

Ces témoignages démontrent le manque d'emprise que ces personnes ressentent face à leur situation et leur trajectoire de vie et le caractère parfois incontournable de la fréquentation du monde interlope.

5.1.3 Soutien familial ou extrafamilial

Les entrevues nous ont permis de comprendre que ces personnes avaient peu de ressources pour les aider et qu'elles vivaient bien souvent isolées. Leurs familles sont majoritairement absentes, à l'exception de celle d'un des participants, et l'appartenance à des réseaux sociaux est faible.

C'est surtout que là, je suis rendu à l'étape de sortir de l'isolement. Méchante côte à monter, parce que depuis que je suis tout petit, je suis toujours seul. C'est pas facile pour moi de rentrer en relation avec quelqu'un d'autre. De créer des liens. Parce que j'ai été trahi tellement souvent, que j'ai fini par me mettre dans la tête que ça ne servait à rien. Je donne pas facilement ma confiance non plus. (Jean)

– Ce que je sais c'est que j'ai eu, j'ai ni plus ni moins, présentement plus de famille comme telle. J'ai pas de contacts avec personne. – Par choix ? – Non, ah non, pas par choix, j'aimerais ça des fois, ouais, qu'on pense à moi. (Antoine)

– Vous avez des amis sur qui compter ? – Pas vraiment ces temps-ci. (Lise)

Ce participant mentionne que le manque de figures positives autour de lui l'a amené à devoir se construire seul :

C'était pas la joie. J'ai été obligé de me construire moi-même vu que je n'ai pas eu de modèle familial qui me convenait. (Jean)

Toutefois, les personnes qui mentionnent être en mesure de compter sur quelqu'un affirment qu'il s'agit d'un élément aidant afin de maintenir une certaine stabilité. Nous verrons également plus tard que le soutien d'un organisme, lorsque les personnes arrivent à développer un lien de confiance avec celui-ci, est souvent un des éléments les plus aidants afin de les soutenir dans la communauté et de leur permettre de recevoir des services adaptés à leurs besoins.

Moi, j'prends beaucoup l'exemple sur c'te personne-là. Beaucoup. Parce que son courage, sa détermination, sa résilience, je sais je l'ai pis c'est là-dessus que dans mon quotidien j'essaye le plus de travailler, mais en faisait des... J'ai un environnement, y'a du monde. (Antoine)

C'est René qui a signé, qui a endossé. C'est pour ça que j'ai le logement. (Ann)

Le discours des participants permet de mettre en relief le rôle du réseau social dans leur capacité à se protéger face aux stigmates et étiquettes ainsi qu'au niveau de leur confiance personnelle. Les difficultés relationnelles, les traumatismes à l'enfance et les rejets marquent l'identité de ces personnes et les amènent souvent à s'isoler afin de se protéger. Dans le prochain chapitre, nous verrons comment ces expériences ont des conséquences sur le rapport que ces personnes ont par la suite avec diverses institutions et comment les traitements offerts par ces dernières peuvent parfois faire revivre les traumatismes vécus par ces personnes et renforcer l'image négative qu'elles ont d'elles-mêmes.

5.2 Expériences relatives à la santé mentale

Dans cette section, nous explorerons la manière dont les participants vivent et interprètent leurs expériences en santé mentale, tant sur le plan de leurs relations avec les institutions et de leur rapport à autrui que de leur sentiment personnel face au fait d'être porteur d'un trouble de santé mentale. Nous étudierons de quelle façon ces rapports influencent la manière dont l'individu se perçoit et se décrit. Pour ce faire, nous avons divisé cette section en trois sous-sections, soit le rapport avec les institutions en santé mentale, le rapport à autrui et le sentiment lié à la santé mentale et les conséquences sur l'identité.

5.2.1 Relations avec les institutions en santé mentale

Les relations qu'entretiennent les participants avec les institutions en santé mentale sont mitigées. Les personnes rencontrées ont affirmé que souvent elles ne se sentaient pas comprises ou écoutées par les psychiatres et le personnel soignant, comme des êtres sans valeur dont la parole ou l'opinion n'a pas de poids. Elles parlent également d'un sentiment d'impuissance au sein des institutions psychiatriques et d'incompréhension face à leur situation.

Quand tu te ramasses en psychiatrie, tu te ramasses des fois avec des cas plus lourds que toi. Pour la dépression, mon impression c'est qu'ils prennent pas assez sérieusement. Souvent, les médecins venaient juste me donner des médicaments.

J'avais pas trop de contacts avec eux, pas de suivi. Pis aussi, après l'hôpital, y'avait pas vraiment de suivi. (Léo)

I didn't like seeing a psychiatrist, that one, because he led the conversation and didn't really let me talk. So I only went for a few months. (Sophie)

Ils [le personnel de l'hôpital] ne voulaient pas de moi. J'étais irrelevant. (Lise)

Je me sens pas écouté pantoute. (Bruno)

En plus, [la psychiatre] me voyait dans le corridor, elle ne me regardait même pas. Elle passait comme si je n'existais pas. J'étais un numéro. Faque moi, les psychiatres, non pas pantoute. J'ai un médecin généraliste, c'est elle qui me prescrit la médication. Ça fait la job. (Jean)

L'analyse des propos des participants fait ressortir que les personnes qui fréquentent les institutions en santé mentale ne perçoivent pas toujours ces institutions comme étant présentes pour elles et voulant leur bien. Elles mentionnent également que ces institutions recréent parfois les traumas et le rejet qu'elles ont vécus au cours de leur vie.

When I first got the diagnosis, it was severe. They were abusive at the hospital. (Léa)

More jokes. I speak english so they [le personnel soignant] speak in french thinking that I don't understand. It increases the anxiety. (Andrée)

Example: when I go to the hospital for physical problem, last week I was in Notre-Dame for my neck, they look at your file, they see a medication that is psychiatric. You are always fighting that. It is a stigma. (Léa)

Une des participantes a comparé l'hôpital à un milieu d'enfermement, de perte de liberté et de droits :

I consider the hospital a jail. (Lise)

Plusieurs affirment, comme cette participante, ne pas recevoir un traitement juste lorsque les intervenants médicaux connaissent leur historique pénal :

At the hospital, you're a criminal, a drunk person, have a bad reputation with alcohol, everytime, they just look at you different. (Léa)

Les participants nous font également part d'un manque de stabilité dans leur suivi psychiatrique qui fait en sorte qu'il leur est parfois difficile d'adhérer au traitement ou de faire confiance à leur intervenant ou médecin. De plus, les difficultés d'accès aux soins de santé ébranlent leur confiance dans le réseau institutionnel.

Là, il a changé mes médicaments pis ç'a été tout croche, tout croche... Il a tout changé ma médication. Là c'est correct, la médication. (Ann)

Ouais, mais à un moment donné j'ai été comme rejeté, là. Là y'essayai de me switcher, de me transférer d'un bord pis de l'autre. J'ai eu 5-6 travailleuses sociales. (Benoît)

Bref, en plus d'accentuer la fragilité des participants, les difficultés d'accès aux soins en santé mentale et le traitement reçu de l'institution augmentent leur incertitude et ébranlent leur confiance dans le réseau institutionnel.

5.2.2 Rapport à autrui

Composer avec un trouble de santé mentale peut engendrer de la stigmatisation, comme le rapportent les participants. Malgré toutes les stratégies utilisées par ceux-ci afin de ne pas être affectés par le regard que les autres posent sur leur problème de santé mentale, il est possible de déceler dans leurs récits qu'ils n'en ont pas été épargnés. Nous présenterons ici la manière dont

les participants perçoivent leurs relations avec autrui (employeur, amis, famille, etc.) en lien avec leur trouble de santé mentale.

Les personnes interviewées nous ont rapporté que le fait de conjuguer avec un trouble de santé mentale interfère dans leurs rapports avec autrui et dans la perception qu'elles ont des interactions avec la société. Elles se sentent observées et jugées et ont l'impression de ne pas avoir leur place comme les autres dans la société.

Tsé, je me promène tout le temps et je pense toujours que j'ai une tétine sur le nez ou quelque chose. J'ai l'impression que les gens me regardent. Là, moi j'ai de la misère avec ma perception. Tsé en dedans, si tu me regardes, j'vas dire : « Tu veux-tu une photo ? » On se regarde pas en dedans. Mais là, en dehors, ça ne marche pas ces affaires-là. Faque... (Antoine)

They look at you and are, like, well you have a rare disease, it is contagious, stay away from me. (Léa)

They just think I am weird. (Lise)

On dirait que le monde te regarde différemment, ils te considèrent comme un fou. Tsé, t'es pas... t'es pas plus fou. T'as besoin d'aide plus qu'une autre personne ordinaire. (Benoît)

Certains vivent de l'intimidation face à leur situation :

Je subis du vandalisme, du harcèlement, de l'intimidation pis tout ça. (Léo)

D'autres préfèrent garder le secret par rapport à leur condition afin d'éviter le jugement et la stigmatisation, précisant que les personnes ne comprennent pas la santé mentale.

But I don't tell people. You don't. People don't believe that mental health is a sickness, they just say: "Suck it up", mostly the old generation or different religions. You kind of live in fear. (Sophie)

Mental illness, people just don't understand it at all. They don't want to hear about it, like a cold, they don't want to catch. There is so much mystery and myths around mental illness. (Léa)

Mais je préfère pas en parler [de la maladie mentale]. Le label « malade mental », c'est très difficile. C'est difficile de passer des obstacles avec ça dans la vie quotidienne. (Andrée)

Les personnes rencontrées nous ont également fait part du fait qu'il leur est difficile de s'intégrer, d'avoir un réseau social, un appartement ou un emploi à cause de leur problème de santé mentale.

Quand les gens se rendent compte que t'as un problème de santé mentale, ça te coupe des opportunités d'avoir des amis et de faire des rencontres sur le plan social. (Léo)

C'est René qui a signé, qui a endossé. C'est pour ça que j'ai le logement. Parce que moi-même je l'avais pas eu. (Ann)

En résumé, les propos des participants reflètent une grande souffrance et une difficulté à entrer en relation avec autrui. La stigmatisation, le rejet et l'étiquetage sont l'apanage de leur réalité.

5.2.3 Sentiment lié à la santé mentale et conséquences sur la perception de l'identité

Les sentiments liés à la santé mentale, tant en ce qui concerne la relation aux diagnostics que le sentiment provoqué par les interactions avec les divers acteurs du milieu, sont généralement de l'ordre de la honte et de l'impuissance. Les personnes interviewées mentionnent également que

ce peut être un obstacle à leur avancement et que cela freine parfois leurs ambitions, leurs rêves, car elles se disent qu'elles ne sont pas capables de les réaliser. On remarque chez trois participants l'intériorisation d'un discours négatif qui semble justifier leur incapacité à s'investir et à s'engager dans des projets de vie.

Mais c'est honteux, [la maladie mentale]. J'avais honte de ça pis c'est pas facile parce que y'a des épisodes qui durent des mois. (Léo)

– Tsé, moi je me suis étiqueté beaucoup. – Vous vous êtes étiqueté comme... – Ben, tu travailles pas, tu fais rien, tu fais ci... (Antoine)

Ben on y pense constamment, on y pense tous les jours. Tu te dis que t'es fou pis que tu t'en sortiras pas. On dirait que tu traînes un boulet tout le temps, t'as l'impression que tu peux pas cheminer, avancer, faque tu regardes ailleurs. (Léo)

I think mental health broke something in your head, disturb the way you think. So you kind of stuck, you try to push against it but you can't, and you don't understand the concept. (Sophie)

Certaines personnes nous ont fait part du fait qu'elles ont l'impression que leurs opinions perdent de leur valeur en raison du fait qu'elles composent avec un trouble de santé mentale et qu'elles sont souvent infantilisées.

Y'en a une, je l'ai flushée parce qu'elle est carrément venue me dire que j'étais un enfant. Comme j'avais un trouble de la personnalité, j'étais d'humeur changeante, bien souvent je prenais des décisions... eh bien, je suis très impulsif. Pis en plus j'y expliquais que quand je commence à faire quelque chose, que ce soit la peinture ou la lecture, je fais juste ça, rien d'autre. Je ne fais pas le ménage, la vaisselle... je fais rien. Parce que je lui dis ça, elle vient me répondre une affaire de même ? Ç'a pas rapport. (Jean)

Oh, you're sick, you don't have an opinion. (Lise)

Pis elle me posait... elle me parlait, pis elle regardait René pour voir si c'était vrai pis ça, ça m'insultait. Ça, ça m'insultait parce que j'dis la vérité. Je compte des menteries aux clients, là, des affaires comme ça, là, sur mon âge, mais je dis la vérité. Pis elle regardait tout le temps René pour savoir si c'était vrai. (Ann)

Toutefois, un participant nous a dit avoir été soulagé par l'annonce du diagnostic et s'être ainsi senti « normalisé » :

Bien, ça m'a soulagé en quelque sorte, parce que moi, je ne comprenais rien. Je ne pouvais pas tout mettre sur le dos de la transsexualité. J'ai été peut-être magané, mais quand même... Non, ç'a répondu à bien des questions. J'ai dit: « OK, c'est ça l'affaire. » En sachant, ça m'a permis de trouver le moyen d'améliorer mon comportement. Je sais que je suis impulsif, je sais que je suis d'humeur changeante, donc en sachant d'où ça vient, c'est plus facile de travailler là-dessus. Quand tu ne le sais pas, ça ne marche pas. (Jean)

Par les entrevues, nous avons été en mesure d'observer que certaines personnes qui composent avec un trouble de santé mentale se comparent entre elles et concluent qu'elles ne sont « pas si pires que ça ».

Ben, je sais que je ne suis pas le seul et je sais que ce n'est pas évident. Il y en a beaucoup qui sont beaucoup plus pires que moi. J'avais une voisine qui était comme ça, et vraiment elle, elle avait pas d'allure. (Jean)

Je me dis toujours que la dépression, c'est pas si pire faque je vais laisser la place [au sein des services] aux autres. (Léo)

En résumé, les participants tracent un portrait plutôt négatif de leurs expériences en lien avec la santé mentale. Qui plus est, cette perception négative semble due à l'étiquette et au stigmatisme qui

accompagnent le fait d'avoir un trouble de santé mentale et la difficulté à se faire une place en société. Les rapports avec autrui sont difficiles et marqués par l'incompréhension. En somme, il apparaît que les expériences en lien avec la santé mentale accentuent la vulnérabilité de ces personnes et affectent leur identité. Dans la prochaine partie, nous explorerons la manière dont les participants ont vécu et interprété leurs expériences au sein du système judiciaire tout en faisant le lien avec leur trouble de santé mentale.

5.3 Expériences au sein des institutions judiciaires quand on a un trouble de santé mentale

Dans cette partie, nous examinerons le discours des participants en ce qui concerne leurs expériences liées au système judiciaire, plus particulièrement leur perception du traitement que ces institutions leur réservent en lien avec leur trouble de santé mentale. Nous diviserons cette section en quatre sous-sections, soit les relations avec l'institution judiciaire, les relations avec les policiers, les expériences carcérales et finalement les sentiments liés à l'expérience judiciaire.

5.3.1 Relations avec l'institution judiciaire

Comme mentionné plus tôt, de plus en plus de personnes composant avec un trouble de santé mentale font face au système judiciaire (Crocker et Côté, 2010). Nos entrevues avec les participants permettent de voir que la relation avec le système judiciaire n'est pas facile et qu'elle est empreinte d'un sentiment d'injustice et d'incompréhension. En effet, les participants soutiennent qu'il peut être difficile de respecter les conditions émises par le système judiciaire, particulièrement lorsqu'ils vivent en situation d'itinérance. Parfois, les personnes rencontrées ne savaient pas qu'elles avaient des conditions à respecter ou bien n'étaient pas certaines d'avoir encore des causes pendantes.

They arrested me because, I think, I had a warrant, so I went to court and they told me that I was not allowed to go in a certain area. I don't have the street, I don't have the paper, so I don't know ! (Andrée)

J'étais sous mandat et je ne le savais pas. Mais là, le mandat, il est tombé... Mais je me souviens que l'avocat, il a dit que je n'avais pas besoin de me présenter parce qu'il y avait beaucoup de monde à voir. Alors peut-être qu'il a oublié de le noter.
(Ann)

Je mérite pu d'être incarcéré, tsé, après 15-20 ans, je mérite pu, là. Là ils me disent : « Ben là, on t'envoie. » Ben oui, mais câline, je rencontre quelqu'un, oui je brise des conditions, mais je ne commets pas de crime. Tsé, faites-moi, je sais pas, donnez-moi une conséquence dans la communauté pis je vais la faire. (Antoine)

Plusieurs nous ont dit ne pas comprendre les rouages du système et les accusations portées contre eux. Ils affirment être incités par les avocats à plaider coupable afin d'accélérer les démarches.

Je comprenais pas trop pourquoi mon avocat me disait de plaider coupable et ce qui venait avec ça. Le plus smart dans tout ça, c'était le juge parce que les avocats, j'avais l'impression qu'ils voulaient juste se débarrasser de moi. (Léo)

Avec les avocats, étant donné que je n'ai pas beaucoup d'argent, c'est l'Aide juridique. Ben eux autres y te font toujours plaider coupable, y se débarrassent de ton cas assez vite. (Jean)

It was like a rush, "Go, go, go!". The lawyer I have now takes his time. For the judge, it depends. Some take their time and explain to you. But mostly you don't understand, they say this this this, it goes fast. You know, if you pay before they let you speak. Me, I want to speak, I believe in my rights. (Léa)

J'ai eu une avocate qui me supportait, mais moi je me sentais aspiré dans une sorte de trou. Quand t'es dans les dédales judiciaires pis en plus t'es en dépression, c'est pas facile. Mais le pire, c'est les avocats de l'Aide juridique, ils te disent toujours de plaider coupable. Pis à trois occasions je l'étais pas. (Benoît)

Vu que t'as pas d'avocat qui prend soin de toi, tu te retrouves coupable. (Bruno)

Ce participant affirme toutefois que les juges semblent davantage bienveillants à l'endroit des accusés qui composent avec un trouble de santé mentale :

[Le juge] comprenait mieux ma situation. Les avocats, y se débarrassent de toi, mais les juges, y te comprennent mieux. Quand tu dis que t'as un problème de santé mentale, y'espèrent que t'aïlles mieux, pis quand tu reviens pis ça va mieux ils sont contents. (Léo)

Certains ont l'impression que le système judiciaire n'est pas nécessairement là pour les aider, mais plutôt pour accomplir un travail de contrôle et s'assurer que les personnes arrêtées ne dérangeront plus l'ordre public. Les participants comprennent cependant que les policiers et juristes ont un travail à faire, mais souhaiteraient que ce travail soit effectué avec plus de jugement.

T'arrives, t'as la police, l'avocat, le juge... Le juge, ça dépend, tu peux tomber sur un bon, mais ça peut être une mauvaise journée. Ben ces trois éléments-là font qu'ils veulent pas t'aider. Ils font leur travail, c'est strict. (Benoît)

Sur les dix participants, une seule a mentionné avoir reçu l'aide de Côté Cour, un programme ayant pour but de soutenir la personne lors de ses passages à la cour, notamment par une aide psychosociale, un accompagnement en cour et un service de référence. Elle reconnaît que ce soutien a été très important pour elle et l'a aidée à diminuer son anxiété.

C'est parce que eux autres [le personnel de Côté Cour], ils m'aident. Comment je dirais ça, dont ? Je me sens plus calme avec eux autres. (Ann)

5.3.2 Relations avec les policiers

Les relations avec les policiers, qui représentent la porte d'entrée vers la judiciarisation, peuvent également être difficiles pour ces personnes qui toutes, à l'exception d'une seule, ont révélé avoir eu de mauvaises expériences avec les forces de l'ordre. Elles se sentent incomprises, non respectées et non écoutées.

[The policemen] told me to take my pills, they are very arrogant... They pushed me to my limit, you know. (Andrée)

It is a frustrating circle. They are abusive and they don't understand [les enjeux liés à la santé mentale]. (Léa)

I don't like station 21, they are very young cops, they are arrogant, they threat us as shit, excuse me the expression. They are very rude, aggressive, violent, they don't give the people the chance to talk. (Sophie)

Certaines rapportent même avoir été violentées par les policiers.

Last time, the police ground me on the ground. (Andrée)

They arrested me and they broke me a finger. They were smacking me at the point that my father came and punch the police officer. It went to court and it was said that they were overabusive in their arrest. (Léa)

Certains participants déclarent ne pas être pris au sérieux par les policiers, qui d'emblée semblent les considérer coupables. À cet effet, une intervenante qui était présente durant l'une des entrevues a résumé les propos de la personne interviewée comme suit :

Donc, elle a pas eu beaucoup la collaboration de la police pour essayer de faire sortir le gars. Et là, ils revenaient avec des mandats... et tout ça. Alors, ils lui ont apporté beaucoup de crainte à cet effet-là. (Intervenante d'Ann)

Je suis retourné chez moi et j'ai appelé la police. Mais là, parce que j'avais pris un verre, c'est moi tout à coup qui étais coupable. Y'ont même pas voulu prendre ma déposition. Faque j'étais en tabarnak. Moi, j'ai appelé l'ambulance, parce que je m'étais fait donner des coups. J'appelle l'ambulance, pis j'expliquais ça sur les ondes, que les flics, ils voulaient pas prendre ma déposition parce que j'avais pris un coup. Eux autres, ils étaient encore là, ils avaient entendu. Faque ils sont revenus chez nous, ils ont défoncé la porte, ils m'ont forcé à raccrocher, pis ils m'ont câlissé les menottes et ils m'ont donné une accusation de méfait public. Où il est, le méfait public ? J'ai appelé le 911, j'ai-tu le droit ? Y'avaient pas d'affaire à faire ça. (Jean)

Ce participant nous confie également qu'il est difficile de faire comprendre ses besoins en santé mentale par le système judiciaire et de recevoir de l'aide en conséquence.

– Est-ce que vous leur demandez des fois aux policiers [de vous amener à l'hôpital] ?
– *Ils me laissent même pas la chance. J'ai déjà dit l'autre jour, à un policier, j'ai dit : « Faudrait que j'aille à l'hôpital à place. » Non, ils m'ont amené au centre correctionnel. (Benoît)*

Pour résumer, il ressort du discours des participants qu'ils ont le sentiment d'être incompris et de se faire traiter injustement. Ils se plaignent du manque d'éducation et de ressources des policiers face à la santé mentale et se sentent injustement traités par ces derniers. Les relations deviennent rapidement conflictuelles et empreintes de méfiance. Ceci a des conséquences sur leur perception du système judiciaire et renforce le stigmatisme associé à la santé mentale au sein de ce système. Nous reviendrons plus tard sur les solutions proposées par les participants à ce sujet.

5.3.3 Expérience carcérale

Les recherches démontrent que les détenus atteints de troubles mentaux sont plus vulnérables en raison du peu de services spécialisés offerts en institutions correctionnelles et que la détention en

milieu carcéral peut aller jusqu'à aggraver leur trouble de santé mentale (Jaimes *et al.*, 2009). Parmi notre échantillon de personnes rencontrées, neuf personnes sur dix ont fait l'expérience du milieu carcéral. Sur ces neuf personnes, huit ont mentionné avoir eu une mauvaise expérience. L'une des premières raisons données est le fait que la médication peut prendre plusieurs jours, voire plusieurs mois dans certains cas, avant d'être acheminée à la personne.

Si tu veux des médicaments, faut que tu les achètes des autres prisonniers qui eux ont des médicaments pour anxiété ou dépression. T'achètes des prisonniers, ça fait pas de sens. Y'ont des infirmiers, psy et médecins, mais c'est tellement long que t'as pas le choix de passer par là. (Léo)

Ben c'est sûr, c'est difficile parce que si t'es médicamenté ça prend un certain temps avant de l'avoir parce que si t'as ta médication avec toi, quand t'arrives tu te fais arrêter par la police pis y te saisissent toute, donc avant de ravoir ta médication ça peut prendre un 4-5 jours... Pis quand t'en as pas depuis une semaine, ça prend un autre 2 semaines avant que la médic fasse effet. (Jean)

You feel a little bit sick. It is good to come back home for a day, get a good night sleep, get back on a normal routine, get your medication. (Léa)

De plus, afin de recevoir des soins de santé en milieu carcéral, il faut être en mesure de les demander et il faut connaître les rouages du système ; l'accès au personnel médical peut donc s'avérer complexe.

Sometimes I see Dr. Lee and another one, I forget her name. But you need to send a memo. It is always memo after memo after memo, you need to make a memo. (Andrée)

Pis en prison, c'est pas évident. Le temps que tu signes le papier qui dit que t'es malade pis que tu vois un médecin, t'es déjà sortie. J'ai déjà passé 9 mois, pis c'était une période de dépression pis j'ai vu le médecin juste avant de sortir. Ça a pris

7 mois et demi/8 mois. Faque les médecins en prison sont grassement payés, mais y font pas grand-chose. (Léo)

Les gardiens sont là pour faire la surveillance, sont pas là pour jouer à l'infirmier, faque y s'en foutent. Ils se font appeler pour ta médoc, ils vont la chercher, ils te l'apportent, ça s'en tient à ça. Mais y'a quand même des infirmières, mais c'est difficile de les rencontrer. (Antoine)

Les personnes rencontrées nous ont également fait part du fait qu'elles se sentaient traitées différemment des autres détenus, et ce, tant par le personnel que par les autres détenus. Elles soutiennent également que certains membres du personnel carcéral ne comprennent pas leur souffrance.

It is not a good thing to have that in jail. They pick on that. They see the weak one and they pick on you more. They see where your weakness is. The inmates, it is the same thing. (Léa)

The guards, some are good, some no. (Andrée)

Parce qu'y'a un trait qu'y'avaient pas vu en prison, c'est que je souffre de... Bon, j'ai fait des psychoses toxiques, mais on l'interprétait comme de la violence, mais c'est pas de la violence. (Jean)

Moi, il m'est arrivé de quoi, j'avais sauté une coche dans ma cellule. Moi, j'tais le genre, des fois, là, je sautais un plomb, j'cassais tout ce qu'y'avait dans ma cellule. Pas grand-chose là. J'cassais ma p'tite tv pis c'est toute. Mais là, ils me prenaient et ils me plaçaient en isolement. (Antoine)

Pour ce participant, le traitement injuste reçu en prison l'a amené à penser au suicide :

Je pense qu'ils me testaient, [les gardiens de sécurité]. À un moment donné, je me suis mis à penser que je pouvais sauter du lit en m'arrangeant pour que la tête pogne l'évier. Je suis tanné des osti de kings [fait référence aux agents de sécurité] de câlisse. (Bruno)

Certains affirment que l'environnement carcéral peut être anxiogène et éprouvant au point de vue de la santé mentale.

The lights are so bright that you can't breathe or cogitate. It is just really... disorientating. It confuses you. I know it is not supposed to be a luxury but it is hateful. (Sophie)

– I panic a lot. – Are they able to reassure you? – [Non de la tête] (Andrée)

Pour ces personnes, l'incarcération n'a pas mené à une « prise de conscience », mais les a plutôt enfoncées davantage dans leurs difficultés. En raison du manque de suivi (social et médical) lors de la détention et du sentiment négatif associé à celle-ci, la sortie de prison rime bien souvent avec pauvreté et difficulté d'adaptation. Les participants mentionnent d'ailleurs qu'il peut être difficile de reprendre un cours de vie normal lorsqu'on leur appose une étiquette judiciaire.

C'est difficile. C'est difficile de se trouver un travail, surtout quand t'as un casier judiciaire. C'est facile pour l'employeur de vérifier, pis du moment que t'as un casier pis un problème de santé mentale t'es exclu de la liste. (Léo)

I feel more depressed, I don't want to talk with nobody [après la sortie de prison]. (Andrée)

Mais d'un autre côté, y'a la réalité aussi de la vie. Pis ça, il m'en reste encore, des croûtes à manger, avant de dire : « OK, je suis dans mon environnement, c'est mon chez-nous, c'est... », de sentir vraiment que je me libère de ce... justement, de ce baluchon-là. (Antoine)

When you're in the system you can't get out. They antagonize. They seat and they pick. Your car is the most wanted car outside. (Léa)

Ces personnes abordent également le fait que la prison, à cause du manque d'effectif, peut engendrer de la frustration puisqu'elles doivent rester enfermées à longueur de journée et ne peuvent donc travailler sur leurs difficultés personnelles.

I was in jail, they should get us cigarettes, get more activities for the girls in jail. 'Cause you are in there 7 days a week. You watch tv, then you go back to sleep. They are short staffed, so they cancel the gym, they cancel the yard, so the girls get frustrated. What are we gonna do? We sit and watch tv. (Andrée)

You just do your time, they feed you three times a day. (Léa)

Une seule participante affirme ne pas avoir été dérangée outre mesure par la prison, mais il n'y a passé qu'une fin de semaine :

J'ai pogné des peanuts [drogue], pas des « tipé », là, des « downer », pis j'ai mis ça dans un sac de plastique, je me les suis mis dans le vagin. Je suis rentrée pis j'avais des médicaments pour dormir toute la fin de semaine. (Ann)

5.3.4 Sentiments liés à l'expérience judiciaire

Leur passage au sein du système judiciaire amène les participants à vivre une gamme d'émotions, majoritairement négatives. En effet, plusieurs d'entre eux nous ont parlé d'une étiquette qui leur colle à la peau et d'un sentiment de honte et d'impuissance associé à ces expériences.

Ce participant perçoit ses démêlés avec le système judiciaire comme autant d'occasions manquées de s'épanouir et de se construire une vie :

Le sentiment d'échec... Bah, oui, je sens... non, je sens pas je le sais : j'aurais eu une vie, une vie un peu plus joyeuse, j'aurais peut-être été capable de m'épanouir, comme l'homme que je suis aujourd'hui. Ça, je le regrette pas, je suis bien comme ça. Mais avoir des acquis. Ce que j'ai pas. Oui, j'ai des petits acquis dans mon... dans mon petit studio, mais j'aurais aimé ça avoir des enfants. J'aurais aimé ça avoir... (Antoine)

Les propos de ces participants par rapport au traitement qui leur est réservé dans le système carcéral reflètent une blessure sur le plan de l'estime personnelle :

You feel like a pig. (Sophie)

Ben, c'parce que là, c'est tout, toute l'estime. Peu d'estime, je sors, là faut que je mette mes valeurs en marche pour que je me trouve un logement, une job. Ce que j'ai fait, mais j'étais pas prêt pour ça. J'étais pas prêt pour ça. (Antoine)

Ben, tu travailles pas, tu fais rien. (Benoît)

T'es comme un trou de cul. (Jean)

Je pense juste à consommer, c'est difficile de faire la paix avec moi-même. (Bruno)

Nous pouvons également noter que ces citations expriment un désir d'être utile, de travailler, bref de vouloir être reconnu.

Le fait d'avoir des conditions lors de la remise en liberté et par conséquent d'être limités dans certains déplacements peut générer de la honte chez les participants. Cette participante nous fait

part de la honte qu'elle ressent par rapport à ces conditions, ce qui, dans ce cas, l'a amenée à briser une condition :

I was with one of the girl here we went to, 'cause my clothes... I spend a lof of money on my clothes, so the girl that was here said: "Come shop with us", and I was very embarrassed to say that I couldn't. (Andrée)

Deux participants nous ont également fait part de leur désir de paraître « normaux », surtout lorsqu'ils se retrouvent en milieu carcéral. Ils souhaitent passer inaperçus parce que l'étiquette « santé mentale » ou « fou » est très difficile à endosser et amène des traitements différenciés. C'est le cas d'Antoine :

Pis j'trouvais ça très difficile d'aller dans un environnement comme ça [en prison] parce qu'y'a beaucoup de gens malades pis moi aussi je l'étais, mais tsé, j'voulais avoir l'air, entre guillemets, normal. (Antoine)

Certains expliquent leur criminalité comme étant un moyen de survie :

Moi, je sais que j'suis pas un criminel. Moi j'ai fait ça pour survivre. Quand j'ai volé de la viande, j'ai fait ça pour survivre. Parce que je jouais au poker. Moi j'suis pas, j'suis pas un criminel en réalité. J'ai fait ça juste pour réussir à survivre. (Benoît)

J'ai fait des 2 mois, 3 mois. Des fois pour des voies de fait, vols à l'étalage, trucs de même. Pis étant donné que j'étais dans la rue, de la bouffe. (Jean)

Nous pouvons observer dans le discours des participants une remise en cause de leur perception identitaire liée à leur passage dans le système judiciaire. Les épisodes de détention et le dossier criminel constituent un certain stigmatisme pour l'individu dès lors reconnu comme « délinquant », ce qui peut entraîner un changement dans sa perception de lui-même, dans la perception des autres à son égard ou dans la façon dont il est traité. Les participants se sentent injustement traités en raison de leur dossier criminel et voient ces expériences comme des barrières à leur

insertion sociale. Un fort sentiment d'injustice et d'incompréhension ressort de leurs expériences judiciaires.

5.4 Articulation des expériences en santé mentale et de celles au sein du système judiciaire et conséquences sur la perception identitaire

Dans cette partie, nous verrons comment la trajectoire des participants et leurs diverses expériences liées à la santé mentale et à la judiciarisation influencent la manière dont ils se perçoivent, c'est-à-dire s'ils intègrent ou non les étiquettes et les stigmates associés à ces expériences et si cela influence leur capacité à s'intégrer socialement.

De manière générale, nous observons que leurs vécus personnels jumelés à l'imbrication de leurs expériences en santé mentale et judiciaires affectent leur perception et leur description d'eux-mêmes. Ainsi, tous les participants ont dit que le milieu d'où ils viennent a eu un effet sur les choix qu'ils ont faits dans la vie et peut en partie expliquer leurs difficultés avec le système judiciaire. Ils nous expliquent entre autres que le peu de soutien qu'ils ont reçu, les abus ou encore les traumatismes qu'ils ont vécus les ont fragilisés et parfois menés à tomber très jeune dans les agir délinquants ou la toxicomanie. Plusieurs attribuent également l'aggravation ou même l'apparition de leur trouble de santé mentale aux événements traumatisants vécus plus jeune.

Faque là, ma mère était à risque pour le suicide. Elle avait déjà eu des tentatives de suicide. Mais là, cette fois-là, elle est venue dans la nuit pis elle les a trouvés [ses médicaments]. Tsé, un enfant, on fait pas des cachettes. Tsé, c'était comme en dessous de mon matelas. Pis là, finalement, le lendemain elle était décédée. Peut-être... c'était pas peut-être un suicide qu'elle voulait, elle voulait peut-être juste... Peu importe la raison, mais c'est là où est-ce que ç'a tout commencé à dégringoler.
(Antoine)

Dans le fond, je me le suis fait dur. Dans le sens que j'ai eu des opportunités, je les ai pas saisies, je savais pas comment. On m'a pas coaché à dire : « Regarde, ça, prends-les, c'est à toi, t'es pas obligé de le laisser, tsé. » (Jean)

Je pense aussi que mon passée a fait qui j'étais et mon problème de santé mentale s'est développé à cause de mon passé, quand j'étais plus jeune, que j'ai traîné pendant une décennie. Aujourd'hui je me sens plus libre mentalement. (Léo)

Pour certains, les expériences judiciaires prennent plus de place sur le plan identitaire que les expériences en santé mentale. Ces personnes se sentent davantage traitées comme des criminelles que comme des personnes malades qui auraient davantage besoin de services et de soutien.

Je me considérais plus comme un prisonnier parce que j'avais pas trop de suivi avec les infirmiers ou les médecins. Faque je me donnais l'étiquette de prisonnier... Quand je regarde ça aujourd'hui, oui, je me suis dit : « Je suis un prisonnier pour 9 mois », j'ai comme oublié la santé mentale. Pis quand je me suis mis à faire des démarches après, genre pour le logement, j'avais comme plus de volonté. (Léo)

J'apprenais à être criminel [en prison]... Je me sentais plus criminel. (Benoît)

Yes, I think people perceive me in a negative way. They see me as a criminal. (Léa)

Ces personnes nous ont dit que l'étiquette de « prisonnier » était plus facile à porter lorsqu'elles se retrouvaient en milieu carcéral que l'étiquette de « malade mental ». Ce participant a choisi de devenir un « bon prisonnier » plutôt qu'une personne malade :

Un très bon prisonnier plutôt qu'un malade. (Léo)

Certains participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas ressenti d'influence majeure de leurs expériences judiciaires sur leur perception identitaire, ajoutant que les stigmates associés à la santé mentale sont plus lourds que tout le reste. Ils mentionnent toutefois que la combinaison des

deux types d'expériences, soit judiciaires et en santé mentale, leur barre davantage de portes et rendent leur intégration dans la société d'autant plus difficile.

Ça te coupe pas mal de possibilités, surtout les problèmes judiciaires, pis quand les gens se rendent compte que t'as un problème de santé mentale, ça te coupe des opportunités d'avoir des amis et faire des rencontres sur plan social, et sur le plan travail, c'est plus l'étiquette judiciaire qui embarque. (Léo)

Je pourrai jamais avoir de job. (Bruno)

At the hospital you're a criminal, a drunk person, have a bad reputation with alcohol, everytime they just look at you different. (Léa)

Bref, les participants nous ont fait part, de manière générale et à différents niveaux, d'expériences discriminatoires sur les plans structurel et interpersonnel liées à leur statut et des conséquences négatives que ces expériences ont eues sur leur identité (honte, faible estime, etc.). Il s'agit en quelque sorte d'une double stigmatisation pour ces personnes.

Les propos rapportés dans cette sous-section permettent de comprendre que non seulement les expériences au sein des institutions judiciaires et en santé mentale viennent affecter le rapport de la société à l'égard des personnes qui les vivent, mais également que cette double stigmatisation les mène bien souvent vers un processus d'intériorisation de la honte. Conséquemment, l'identité de ces personnes se retrouve en tension entre la perception des autres et ce qu'elles-mêmes considèrent être. Les personnes voient leurs chances d'avoir un logement, un emploi ou des interactions sociales positives diminuées et ceci les plonge davantage dans l'isolement et l'intégration d'une image négative d'elles-mêmes. Donc, en plus de la double stigmatisation associée à l'étiquette judiciaire et en santé mentale s'ajoute l'exclusion.

Pour résumer cette partie et les propos des participants, l'intégration ou non des étiquettes et des stigmates par les participants amènent ces derniers à utiliser diverses stratégies pour se protéger par la suite. Par exemple, il ressort des entrevues que trois participants rejettent les étiquettes

« malade mental » et « criminel » : chez ces participants, il est possible d'observer une plus grande colère envers le système, un désir de revendication ou, encore, un rejet de la société et un grand sentiment d'injustice.

Pour quatre des participants, il est plus facile d'accepter l'étiquette associée au parcours judiciaire plutôt que celle rattachée aux enjeux de santé mentale. Chez ces participants, est possible de noter une association plus étroite au monde interlope.

Deux participants semblent avoir intégré plus facilement les étiquettes associées à la santé mentale que celle associées à la criminalité. Parallèlement, ces participants présentent un désir plus grand de s'intégrer et de trouver une place au sein de la société mais également un grand sentiment d'impuissance et d'injustice.

Finalement, il semble qu'un participant ait intégré les deux types d'étiquette. Il ressort du discours de ce participant un grand sentiment d'injustice lié à l'insuffisance de services adaptés à sa situation et une difficulté marquée à trouver sa place.

Il est toutefois important de noter que ces façons de percevoir et d'intégrer les étiquettes diffèrent au cours de la vie des participants, que ce ne sont pas des situations statiques ni des catégories tranchées au couteau (voir tableau 2). Les perceptions peuvent évoluer, amenant un changement dans la perception identitaire et dans les stratégies de défense face aux stigmates qu'utilisent les participants.

5.5 Perspectives pour le participant et aide souhaitée

Dans cette partie, nous verrons que, malgré leurs conditions de vie parfois difficiles, tous les participants sont animés par le désir de voir leur situation s'améliorer, de s'épanouir et de voir le système changer afin de répondre plus adéquatement à leurs besoins et de leur permettre de se sentir reconnus.

Parmi leurs souhaits, plusieurs ont mentionné de pouvoir avoir un «chez-soi», ce qui leur permettrait entre autres de diminuer leur anxiété.

To get a place where I can be stable, not with people who always watch me. And to be happy with somebody who takes care of me, you know Have a happy life.
(Andrée)

Be on my own so I can rent an apartment in January, sometimes, stabilise myself, do my medication. That can take a lot of time. (Léa)

Cette personne nous fait part de l'importance pour elle de pouvoir s'accrocher à un rêve :

Ben là, moi je me... j'ai un rêve comme tout le monde. Je suis content de pouvoir garder un espoir sur ce rêve-là. Moi c'est... moi je veux finir mes jours, probablement, en campagne quelque part. Pis tsé, peut-être avec un chalet. Un chalet fini pour être là 12 mois par année. Bah, oui, l'appel de la nature, il est là.
(Antoine)

Le désir d'occuper un emploi, de se sentir reconnues a également fait surface dans le discours de certaines des personnes interviewées :

Ça, ça va m'aider. Si je suis stabilisé. Comme là, j'ai fait l'application pour un cours de chauffage de lifts avec l'école. J'suis en attente. Pis j'vas savoir ça le 19 octobre, novembre... Comme là, si je commence mon cours de chauffeur de lifts, ça va m'aider parce que j'vas être occupé. Comme là, là, j'suis pas occupé, tsé, j'm'ennuie. Faque il faut que je m'occupe parce que sinon des fois j'ai le goût de faire des niaiseries. (Benoît)

Là, je prends un break. Je veux pas faire n'importe quoi comme travail. Je ne suis pas pressé. Je veux trouver quelque chose que je vais aimer faire. (Jean)

OK, ben moi, présentement je travaille pas, mais je suis impliqué dans plusieurs organismes, dans des conseils d'administration et dans un troisième « org » qui vient en aide à la défense des droits et libertés. (Léo)

– And today, how do you see your future, what do you wish for you? – Help people on the street. (Andrée)

C'est parce que j'ai pas de références, comme pour les jobs, j'ai pas de références. Tsé, j'ai travaillé 15 ans dans une prison, j'pourrais travailler comme cuisinier. C'est ça que j'ai fait pendant mes 4 mois. J'travaillais dans un restaurant haut de gamme pis 4 mois, tsé... (Léo)

Avoir le soutien d'amis ou de professionnels et se construire un réseau social est également un souhait chez plusieurs participants. N'ayant pas eu la chance de bâtir des liens solides avec leurs familles ou leurs amis, les participants ne peuvent compter que sur un faible soutien social. La présence de relations conflictuelles et instables avec leur famille a aussi été relevée dans la majorité des discours des participants.

I wish to be happy. OK, sometimes to consume drugs, not all the time... Be happy with someone who loves me as I am. (Andrée)

J'ai pas de contacts avec personne... J'aimerais ça des fois, ouais, qu'on pense à moi. (Benoît)

Pis X [organisme communautaire] m'ont beaucoup aidé. Beaucoup, beaucoup aidé. Au niveau du logement, au niveau de, ne serait-ce que d'avoir des activités pis sortir de chez nous. Pour faire en sorte que mon chez-nous devienne pas ma prison. Pis ça, moi je l'ai compris parce que quand j'ai une chance, je sors. (Antoine)

I would like a regular follow up doctor or social worker. Just people who see the progress. (Lise)

J'ai un frère, il veut rien savoir de moi. Et en passant, moi, je suis transsexuel, faque lui, il a répondu à ma mère qu'il ne voulait rien savoir de ça. Mon petit frère, ben c'est un imbécile, et ma sœur a disparu. Je ne sais même pas si elle est vivante ou quoi. Faque j'ai pas de liens avec personne. Faque ça aide pas, mettons. (Jean)

Le lien de confiance et la possibilité d'établir une alliance avec les intervenants demeurent un aspect important dans le sentiment de mieux-être des participants et leur désir de s'en sortir. Pour plusieurs des participants interviewés, les intervenants des ressources communautaires sont parmi les personnes les plus signifiantes de leur environnement social et leur permettent de reprendre confiance en leurs capacités.

Moi j'trouve... comme X [organisme], ils m'aident beaucoup, eux autres. Ils s'occupent vraiment de moi. Comme l'autre jour, j'avais besoin d'un travailleur social. Vu qu'il voyait que j'ne filais pas ben, y'a dit : « Moi, j'm'en vas en vacances, mais j'vas te faire voir par mon remplaçant, parce que j'vois que tu vas pas ben, t'as besoin d'un coup de main additionnel. » Faque il m'a fait rencontrer son collègue de travail. Juste ça, voir qu'on s'occupe de moi, déjà ça me fait du bien. (Benoît)

Quand je me ramène au moment présent, là je suis capable de dire : « Ouais, j'suis correct, ça va bien, t'as des... » J'ai une femme extraordinaire, j'ai des amis à Diogène, j'ai mon médecin, travailleuse sociale, tout ça. Tsé, on tisse des liens quand même. Tsé, quand on est des travailleurs sociaux, c'est pas des sans-cœur. Le monde qui travaille là-dedans, c'est justement parce qu'ils veulent apporter de l'aide à des personnes qui en ont vraiment besoin. C'est super. Pis... Mais tsé, si y'arrive de quoi, ça les touche aussi. Tsé, si mettons je fais une connerie, pis je m'enlève la vie, ben je ferais de la peine à du monde. Comme moi, j'ai eu de la peine quand ma mère est décédée, pis je veux pas faire ça, je veux pas faire ça. (Antoine)

Mon intervenant m'aide beaucoup, il me connaît, en lui parlant il peut détecter si j'ai un problème ou si quelque chose s'en vient. Même des fois, il me relance, il

m'appelle chez moi même si ça fait pas deux semaines. À la base, je l'aurais pas appelé moi-même, mais là je suis content, c'est chouette. C'est un grand support, une grande écoute. (Léo)

Quand ils se sentent perdus au milieu des procédures judiciaires, recevoir de l'aide sur le plan juridique semble être un besoin important pour ces individus qui se sont retrouvés à de nombreuses reprises au sein du système judiciaire.

Si une personne, que ce soit infirmière ou psychiatre, qui ferait de l'accompagnement, je sais pas... ça ferait de la sensibilisation dans le palais de justice. L'accompagnement à la cour, c'est important ça. La personne pourrait témoigner et dire comment je suis, moi. Parce qu'on traite comme le prisonnier pis ça finit là. (Léo)

Le sentiment de ne pas être compris par les policiers amène les participants à souhaiter que les forces policières soient davantage informées sur la santé mentale afin que leurs interventions soient plus adaptées à la situation d'une personne vulnérable. Certains trouvent que l'aide qui leur a été apportée n'était pas adéquate et que les intervenants du système de justice ou de santé n'étaient pas suffisamment outillés pour les aider.

J'ai déjà dit l'autre jour, à un policier, j'ai dit : « Faudrait que j'aïlle à l'hôpital à place. » Non, ils m'ont amené au centre correctionnel. (Benoît)

Je pense que ça aurait commencé, parce que quand tu te fais arrêter, c'est la police, le jugement, tout ça. Je pense que le problème, c'est le juridique. Si un juge m'avait envoyé dans une maison qui prend soin des gens, ça m'aurait beaucoup plus aidé que la prison. (Léo)

Ce serait une bonne idée d'avoir quelqu'un avec eux qui comprend la personne avec un problème de santé mentale pour la calmer, lui parler, avant de l'amener à l'hôpital parce que ça coûte très cher... The police should have people who

understand with them to manage the situation. Maybe an intermedier. The police officier don't understand mental health. They just arrest and put you in hospital.
(Lise)

The police have to educate them more on mental illness. All the reactions because it comes with mental illness. More specific police in that area. (Léa)

5.6 En résumé

En résumé, il ressort des propos recueillis lors des entrevues que l'histoire personnelle des participants, jumelée à l'articulation de leurs expériences en santé mentale et dans le système judiciaire, influence souvent négativement leur parcours et engendre de la méfiance face au réseau et au système. En effet, il semble y avoir dissonance entre la manière dont ils se sentent perçus par les différentes institutions et la manière dont eux-mêmes se perçoivent. Cette tension entre ces deux visions amène un sentiment d'injustice chez les participants et fragilise leur perception d'eux-mêmes. Les témoignages récoltés nous permettent aussi de constater que le manque de confiance envers le système et le sentiment de ne pas recevoir une aide appropriée (que ce soit par le système de santé, judiciaire ou dans la communauté) influencent le processus d'insertion sociale et peut fragiliser leur estime personnelle. En effet, toutes les personnes interviewées ont dénoncé le manque d'accès aux soins en santé mentale et le manque de sensibilité des institutions judiciaires face aux enjeux de la santé mentale. Les participants souhaitent que les policiers soient mieux outillés pour répondre à ces problématiques et ainsi limiter l'entrée dans le système judiciaire des personnes composant avec des troubles de santé mentale. Il ressort également des entrevues que la création de liens positifs, que ce soit avec un intervenant, un ami ou un membre de la famille, est un important vecteur de protection pour ces personnes.

Chapitre 6 : Discussion

Ce chapitre liera les différents thèmes de l'analyse aux cadres théoriques, soit l'interactionnisme symbolique et la théorie de l'étiquetage, ainsi qu'avec la recension des écrits. Bien que les participants n'aient pas explicitement parlé des changements que leurs expériences au sein des institutions en santé mentale et des institutions judiciaires ont amenés sur le plan de leur perception identitaire, nous allons, sur la base de de notre cadre théorique et de l'analyse de leur discours, faire ressortir les effets sur leurs interactions sociales et incidemment sur leur perception d'eux-mêmes qui découlent de ces expériences. L'analyse des conséquences et des effets de la judiciarisation de la santé mentale sur les vécus des personnes se révèle très complexe, c'est pourquoi nous diviserons notre discussion en quatre parties.

6.1 Étiquetage et la perception identitaire

Dans cette section, nous présentons une analyse des différents cas de figure identifiés dans le cadre de cette recherche par le croisement des expériences en santé mentale et dans le système judiciaire. En analysant la façon dont les participants intègrent et décrivent l'articulation entre ces diverses expériences, nous avons pu constater que la perception identitaire différait d'un participant à l'autre en fonction des processus d'interprétation et du sens qu'il donne aux expériences vécues et au rapport à autrui. Dans le cadre de notre analyse, nous avons été en mesure de dégager quatre cas de figure que nous présentons dans ce chapitre (voir tableau 2). Afin d'en faciliter la compréhension, nous avons cru bon d'insérer quelques extraits des entrevues et de faire des liens avec les émotions ressenties au courant de leurs diverses expériences.

Dans un premier temps, certains participants choisissent d'intégrer l'une des identités, celle liée à la santé mentale ou à la criminalité. Dans les extraits suivants, l'identité dite « criminelle » a été priorisée. Il s'agit d'un moyen pour certains participants de risposter à ceux qui les rejettent (Lazaze, 2008) en créant leur propre identité:

Well, “criminal”, they don’t really know what this is [...] ‘Cause everyone makes mistakes, but “mental illness people”, they just don’t understand it at all. They don’t want to hear about it, like a cold they don’t want to catch. There is so much mystery and myths around mental illness. (Sophie)

Il s’agit d’un moyen de se définir, d’être quelqu’un, d’avoir davantage d’emprise sur son identité. Tel que le rapporte Léo, le fait d’être perçu comme un criminel et non un malade facilite ses interactions en général :

Un très bon prisonnier plutôt qu’un malade. (Léo)

L’implication dans le monde interlope des personnes qui intègrent l’étiquette de « criminel » devient plus importante. En effet, à travers le processus de répression du système judiciaire et les interactions avec celui-ci et la communauté, certains participants en viennent à adopter le mode de vie conséquent à cette étiquette. Le groupe dit « criminel » devient un réseau de valorisation et d’identification (Jobin, 2001) qui permet de se sentir inclus et valorisés et de fuir la disqualification:

I started stealing in store, taking drugs, stealing booze and suddenly you get in fight. (Andrée)

J’apprenais à être criminel [en prison] ... Je me sentais plus criminel. (Benoît)

Par ailleurs, il semble être plus difficile pour les participants qui intègrent l’étiquette liée aux problèmes de santé mentale de trouver leur place au sein de la société, et ce, malgré leur désir d’en faire partie et d’être respectés :

Je pense que ma maladie joue là-dedans, dans le vol à l’étalage. Je pense que ça joue. Mes émotions, je rentre dans un magasin pis, je ne le sais pas, on dirait que je me sens trou de cul parce que j’ai pas le goût de m’acheter ce que je voudrais [...] Je dérange. (Ann)

Il ressort beaucoup de honte de leur discours et un sentiment d'être mis à l'écart, de ne pas être considéré comme un citoyen à part entière. Ces personnes pour qui l'étiquette criminelle ne fait pas de sens ou est justifiée par le problème de santé mentale iront souvent chercher l'aide de professionnels afin de les aider à cacher ou justifier l'étiquette criminelle et « normaliser » leur problème de santé mentale. En effet, tel que le rapport Bernheim (2012), « L'interprétation – même *a posteriori* – de l'infraction à la norme sociale comme étant le symptôme d'une maladie mentale sera le déclencheur de réactions sociales appropriées, notamment l'internement et le traitement en tant qu'action médicale de 'normalisation' ou de 'renormalisation' » (p. 108).

Le choix d'intégrer une seule des deux étiquettes est d'autant plus vrai lorsque les personnes se retrouvent au sein du système carcéral. Le désir de faire ressortir celle de « criminel » semble plus fréquent alors que le problème de santé mentale est souvent mis de côté :

It is not a good thing to have that [mental health problem] in jail. They pick on that. They see the weak one and they pick on you more. (Léa)

Nier leur problème de santé mentale lors de l'incarcération leur permet de fuir la honte qu'ils ressentent et de se sentir mieux intégrés, acceptés au sein de ce système (judiciaire). En effet, l'intégration de l'étiquette marginale associée à la criminalité permet aux personnes qui l'adoptent de se construire une image plus positive d'elles-mêmes et par conséquent, de se sentir mieux intégrées et acceptées au sein du système judiciaire, ce qui semble être plus difficile lorsqu'on est porteur d'un problème de santé mentale.

En effet, les participants ont souvent fait état de la stigmatisation associée à l'étiquette de « fou » et au sentiment de honte que celle-ci apporte :

Le label « malade mental », c'est très difficile. C'est difficile de passer des obstacles avec ça dans la vie quotidienne. Mais c'est possible. (Lise)

Le sentiment d'impuissance demeure cependant une constante face aux difficultés structurelles que les personnes rencontrent ; nous y reviendrons plus tard. De plus, le manque de compréhension ou de sensibilité parfois démontré par le système judiciaire face aux problèmes de santé mentale rend l'acceptation de la maladie d'autant plus difficile et amène les participants à percevoir le trouble de santé mentale comme une tare, une chose dont il ne faut pas parler et à laquelle on veut surtout ne pas être associé. Le malaise face au problème de santé mentale devient plus grand et le sentiment de rien valoir prend de plus en plus de place.

Pour d'autres, le rejet complet de la société et l'isolement permettent de refuser ces identités, ces étiquettes :

Pis là, je disais, je disais : « Je mérite pu d'être incarcéré, tsé, après 15-20 ans, je mérite pu, là. » Là ils me disent : « Ben là, on t'envoie. » Ben oui, mais câline, je rencontre quelqu'un, oui je brise des conditions, mais je commets pas de crime. Tsé, faites-moi, je sais pas, donnez-moi une conséquence dans la communauté pis je vais la faire [...] Pis je trouvais ça très difficile d'aller dans un environnement comme ça parce que y'a beaucoup de gens malades pis moi aussi, je l'étais, mais tsé, je voulais avoir l'air' entre guillemets' normal. (Antoine)

Les personnes qui choisissent de rejeter ces différentes étiquettes sont souvent porteuses de colère envers la société et les institutions et ressentent un grand sentiment d'injustice à leur égard :

Moi, je trouve que le système, c'est de la marde, toute une bande d'hypocrites qui se pensent ben brillants avec leur théorie... J'ai de la colère 24 heures sur 24. (Bruno)

La loi, là... Je commence à être révolté du système. Ça fait que... j'ai comme pu le goût de m'arrêter à ça [aux étiquettes]. (Benoît)

Ces personnes qui choisissent de rejeter les deux étiquettes expriment une volonté de se dissocier des identités déviantes et de la stigmatisation provoquée par l'institutionnalisation et ainsi,

« laver leur soi moral des atteintes stigmatiques qui visent à le souiller par le jeu de la déstigmatisation en se redéfinissant eux-mêmes de façon non déviante. » (p. 5) Toutefois, lorsque le regard d'autrui demeure porteur de jugement, l'isolement et le rejet de la société deviennent les seules manières de protéger leur identité et rompre avec ces institutions qui leur font vivre l'humiliation les empêchant de prendre leur place.

Finalement, certains tentent de faire cohabiter l'étiquette liée à la santé mentale et celle liée à la criminalité. Il s'agit d'un moyen d'expliquer certains comportements. Il ressort du discours de ces personnes un sentiment d'impuissance en raison de leur difficulté à faire cohabiter ces deux étiquettes et un désir de trouver leur place, ce qui parfois se traduit par l'implication dans des activités criminelles :

Parce que quand tu peux mettre un comportement sur le dos d'une maladie, c'est facile. Tandis que là, je n'avais aucune raison. J'étais juste en beau maudit. Si j'avais su ça, peut-être que ça aurait changé quelque chose. (Jean)

Il est à noter que ces cas de figure ne sont pas toujours tranchés au couteau : ils peuvent parfois s'entrecroiser, et il arrive que les personnes, au cours de leur vie, changent leur perception et le sens qu'elles donnent à ces expériences. En effet, les individus ont la possibilité tout le long de leur parcours de réinterpréter les événements du passé afin de les adapter à la réalité actuelle (Berger et Luckmann, 1966). D'ailleurs, il a été possible pendant les entretiens d'observer des changements dans la manière dont le participant percevait ses expériences (institutionnelles ou relationnelles) selon que celles-ci soient actuelles ou passées.

Rappelons que Dubar (1998) identifie deux manières de décrire la trajectoire d'un individu : « objectivement comme une suite de positions dans un ou plusieurs champs de la pratique sociale » et « subjectivement comme une histoire personnelle dont le récit actualise des visions du monde et de soi » (p. 73). Dans la suite de ce chapitre, nous expliquerons les processus d'étiquetage par lesquels passent les participants, lors de leurs expériences au sein des institutions en santé mentale ou judiciaires, et la manière dont ces processus viennent affecter leur perception identitaire et leur manière d'interagir avec autrui.

Comme le soutiennent Tannenbaum (1938) et Becker (1963), accoler aux personnes des étiquettes négatives telles que « criminel » ou « fou » peut entraîner des effets néfastes comme aggraver les comportements dits « déviants » ainsi que leur stigmatisation, c'est-à-dire leur mise à l'écart des « normaux ». Ceci dit, les personnes rencontrées dans le cadre du projet de recherche ont effectivement fait état de cette sensation de jugement et de mise à l'écart, que ce soit sur le plan structurel ou individuel. En effet, peu importe les situations dans lesquelles elles se trouvent, elles ont dit s'être senties jugées et étiquetées.

Tout d'abord, lorsque l'on considère leurs expériences au sein des institutions de santé, la majorité des participants ont affirmé s'être sentis diminués par le personnel médical, particulièrement par les psychiatres, ces derniers considérant leur propos comme étant impertinents. Le manque de crédibilité dont on les taxe et leur infantilisation ont des conséquences directes sur la manière dont les participants se perçoivent et sur la relation qu'ils entretiennent avec la santé mentale. Cette manière de faire du personnel médical suscite beaucoup de colère chez les participants ainsi qu'un sentiment de mise à l'écart, d'être des personnes de moindre valeur. D'ailleurs, plusieurs des personnes rencontrées avaient tendance à se dévaluer et à expliquer leur consommation de drogues par le fait que cela leur permettait d'oublier qu'elles n'étaient que des « moins que rien ». Certaines participants ont également fait part de leur choix de s'isoler des autres membres de la société, cependant en avouant souhaiter d'être acceptés et d'avoir des personnes sur qui compter. D'autres encore, surtout lorsqu'ils font face au système judiciaire et particulièrement aux institutions carcérales, choisissent de cacher leur identité de « fou » et d'adopter celle de « criminel », déclarant trouver celle-ci moins stigmatisante lorsque confrontés aux autres détenus et au personnel correctionnel ; il s'agit donc d'un mécanisme de survie et de protection de leur estime personnelle. À ce sujet, Chantraine (2003) explique qu'une des stratégies pour faire face au stigmate associé à l'incarcération et à l'exclusion qui peut s'ensuivre est la professionnalisation de la délinquance, qui permet de renverser les effets négatifs du stigmate de délinquant en valorisant la personne dans ce statut.

Rappelons que pour Lacaze (2008), « la possession d'un statut perçu de façon dépréciative dans la société est corrélative d'une inégalité des chances expérimentée par les personnes qui

présentent des différences et des déficiences suggérées par le stigmat. Dans la mesure où le stigmat est une marque d'infamie ou de disgrâce, le signe d'un défaut moral, une tache causée par une conduite déshonorante ou une caractérisation réprobatrice, la valeur de la personne qui en est récipiendaire risque d'être considérée comme moindre dans la comparaison sociale » (p. 30). Selon les propos tenus par la majorité des participants, le passage dans le système judiciaire apporte des effets significatifs sur leur identité, ces derniers ayant à la suite de ce type d'expériences de la difficulté à se tailler une place au sein de la société, que ce soit dans la recherche d'un travail ou d'un appartement. Plusieurs se retrouvent à un moment de leur trajectoire à vivre dans la rue, ce qui est un poids de plus sur le plan de la stigmatisation.

À cet effet, les propos des participants font écho à la théorie de l'étiquetage de Becker (1985) qui stipule que « le fait d'être pris et stigmatisé comme déviant a des conséquences importantes sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi de l'individu » (p. 54). Par « déviant », nous entendons ici « fou » et « criminel ». Plusieurs participants ont effectivement confié se percevoir de manière négative ; certains adoptent des attitudes ou des comportements criminels lorsqu'ils se retrouvaient au sein du système carcéral puisqu'il leur était ainsi plus facile de passer inaperçus ou de se sentir acceptés. Ces comportements peuvent également se refléter dans la société où ils côtoient davantage le monde interlope et s'enfoncent dans la consommation afin de ne pas faire face à la santé mentale. Leur relation avec autrui est souvent empreinte de conflits et de colère. Plusieurs participants affirment refuser de s'intégrer à la société. Il y a donc fragilisation des liens sociaux et la personne, afin de se protéger ou parce qu'elle sent qu'elle n'a pas sa place au sein de la société, choisit de s'en distancier. Il s'agit pour Namian (2011) d'une forme de désolidarisation en contexte de « vie moindre », c'est-à-dire lorsque la personne vit une disqualification sociale et ressent un manque de reconnaissance face à la personne qu'elle est. Elle choisit alors de rejeter la société avant d'en être elle-même rejetée.

Il est dès lors possible de faire le lien avec la théorie de Cusson (1974), qui explique que la personne qui accepte l'identité criminelle est contrainte d'entrer en conflit avec le groupe dominant: elle n'a d'autre solution que de rejeter ceux qui la rejettent. Son mode de relation avec autrui deviendra caractérisé par l'hostilité, l'insensibilité et l'incapacité d'établir des relations chaleureuses.

Toutefois, chez les participants qui bénéficient d'un soutien social plus solide (famille plus présente, ami ou intervenant significatif), il est possible d'observer une plus grande volonté de rejeter l'étiquette de « criminel » ou de « fou ». Le soutien arrivant bien souvent tard dans leur vie, ces personnes doivent cependant mettre beaucoup d'efforts afin de se défaire des étiquettes négatives qu'elles-mêmes ou la société leur avait accolées. Une seule des personnes rencontrées, qui a toujours eu le soutien de sa famille, a démontré lors de l'entrevue une bonne estime d'elle-même. Elle admet par contre devoir régulièrement faire appel à son réseau pour l'endosser lors de signatures de baux, ce qu'elle trouve injuste et une barrière à sa réinsertion dans la société.

6.2 Interactions avec autrui, trajectoire de vie et perception identitaire

Dans cette section, nous explorons comment les trajectoires des participants, que ce soit de l'enfance à l'âge adulte ou au travers de leurs expériences avec les institutions, influencent leur perception identitaire et participent aux quatre cas de figure que nous avons identifiés plus tôt. Nous verrons en quoi l'identité est une notion mouvante, dynamique, et qui prend forme dans les interactions que les personnes entretiennent avec autrui.

En effet, l'identité sociale est un ensemble de représentations de soi à la société (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 2007). Selon Berger et Luckmann (1966), l'identité se construit à l'intérieur d'interactions sociales. Afin de saisir les effets que peuvent avoir les problèmes de santé mentale et de judiciarisation sur l'identité des personnes, il était pertinent de s'intéresser à la trajectoire des participants. Il découle des entrevues réalisées que les événements qui ont eu lieu au cours de la socialisation primaire ont eu une influence sur l'identité des participants, c'est-à-dire sur la confiance en eux et sur la perception de la place qu'ils croient pouvoir occuper dans la société. En effet, le parcours des personnes rencontrées fait état de plusieurs traumatismes et difficultés en bas âge. Leurs relations avec autrui, très tôt teintées d'épisodes négatifs, parfois violents, ont amené plusieurs des participants à intérioriser une image négative d'eux-mêmes et à éprouver de la difficulté à se projeter dans le futur. Selon Castel (1995), la caractéristique principale de la vulnérabilité est la désaffiliation, en référence aux ruptures dans les liens familiaux, professionnels et sociaux ; la désaffiliation représente un grand risque d'exclusion. Le fait de se

retrouver encore au centre de difficultés diverses, que ce soit sur le plan de la santé, judiciaire ou relationnel, semble être pour plusieurs des personnes rencontrées une fatalité et contribue à leur désaffiliation sociale. Nous pouvons constater que, dès leur jeune âge, la vie de ces personnes s'insère dans des trajectoires de vulnérabilité, de marginalisation et de fragilisation. À l'adolescence, les perceptions qu'elles entretiennent face à elles-mêmes ainsi que par rapport à la possibilité de se créer une place au sein de la société sont marquées de négativisme, et il devient dès lors difficile pour elles de se projeter dans le futur et de concevoir qu'elles ont leur place.

Comme présenté au chapitre précédent, quatre participants ont été pris en charge par la protection de la jeunesse. Ces derniers voient leurs expériences judiciaires actuelles comme la continuité de ces expériences. Le placement en centre jeunesse a été vécu par ces personnes comme une première expérience d'emprisonnement et a très vite teinté leurs perceptions identitaires. Pour certains, cette expérience précoce de judiciarisation les a amenés à rejoindre le monde criminel et à accepter plus facilement l'identité criminelle ; pour d'autres, il en a résulté un dédain des institutions et un rejet complet de l'étiquette et de la société. L'expérience en centre jeunesse semble briser le lien de confiance envers les institutions et les adultes ; comme les individus ne se sentent pas les bienvenus et ne comprennent pas le traitement qui leur est réservé, il leur est difficile de créer des liens à l'âge adulte, ce qui les amène à s'exclure très tôt de la société.

Il est également possible d'établir un lien entre les difficultés lors de l'enfance (violence, précarité économique et sociale) et la tendance des participants à l'exclusion et à la marginalité. En effet, un fil conducteur de marginalité se profile dans la trajectoire des participants, et ce, dès leur enfance. Notamment, plusieurs participants ont eu des parents souffrant eux-mêmes de troubles de santé mentale. La condition de leurs parents les a affectés et a fragilisé leurs expériences de socialisation primaire. Chez ces participants, nous percevons un grand désir de ne pas suivre la trajectoire de leurs parents, d'où un rejet de l'étiquette liée à la santé mentale. Ceci dit, nous relevons du discours des participants l'apparition dès un très jeune âge d'une tension identitaire qui résulte du désir d'une identité conventionnelle, plus conforme, et de l'adhésion à une identité plus marginale, qui constitue une manière de se dégager d'une identité qu'ils jugent

alors insatisfaisante afin de trouver leur propre voie identitaire. Le manque de soutien dès l'enfance a amené les participants à devoir « se construire seuls ».

Les difficultés rencontrées jumelées au manque de soutien des structures rendent ardue la construction des bases identitaires. Ces personnes voient leurs possibilités d'intégration se réduire progressivement et les épisodes éprouvants deviennent cycliques (centre jeunesse, détention, rejet du système, précarité, problèmes de santé mentale chez les parents et elles-mêmes, etc.). Les difficultés personnelles des participants, exacerbées par les expériences au sein des institutions judiciaires et en santé mentale, fragilisent leur parcours et leur perception d'eux-mêmes, minent leur confiance en eux-mêmes, leur associent des étiquettes auxquelles ils ne s'identifiaient pas au départ et créent un sentiment d'injustice et d'impuissance. Ces expériences influencent la trajectoire de ces personnes, celles-ci devant choisir d'intégrer ou non les étiquettes qu'ont leur accolé et trouver des solutions afin de survivre à celles-ci. Rappelons que pour Goffman (1975) le processus d'étiquetage provient des interactions entre l'individu et les autres, les « normaux », et que l'étiquette « déviant » proviendrait d'un désaccord entre l'identité sociale réelle, c'est-à-dire ce que l'individu est, et l'identité sociale virtuelle, ce qui est attendu de l'individu. Il va donc de soi que, lorsque les personnes rencontrées ne sont pas en accord avec l'étiquette qu'on leur accolé, elles utiliseront des stratégies identitaires afin de s'en prémunir. Ces stratégies témoignent de leur volonté d'être des acteurs de leur réalité et non pas des victimes des conditions de vie précaires qui caractérisent leur situation. Nous y reviendrons plus loin.

Ces constats sont appuyés par la littérature qui démontre que l'identité prend entre autres assise sur la qualité des relations familiales, institutionnelles et sociales (Camilleri, 1992; Dorais, 2004). Les écrits attestent également le caractère dynamique du développement identitaire, dans le sens où l'identité n'est pas statique (Dorais, 2004; Mead, 1934; Taylor, 2003). Les interactions que l'individu a avec les autres membres de la société ou encore les institutions entrent dans la composition identitaire de la personne. Cela se remarque entre autres dans le discours des participants qui disent se sentir « like a pig », comme des « criminels » lorsque le personnel hospitalier accède à leur histoire pénale ou encore comme des « fous » lorsque les acteurs du système judiciaire accèdent à leur histoire psychiatrique. La majorité des participants a

également mentionné que leurs chances de s'intégrer à la société s'amenuisent lorsque ces deux identités sont mises au jour, par exemple lorsqu'ils sont à la recherche d'un emploi, d'un logement ou de services.

Il en va de même pour l'exclusion sociale, dans le sens où l'exclusion sociale prend aussi racine dans les premières expériences de socialisation (Castel, 1995). Les conséquences de cette exclusion chez la plupart des personnes rencontrées sont une perception négative d'elles-mêmes : la colère, la tristesse et le sentiment d'être inutiles. Ces conséquences ont amené plusieurs personnes à se désinvestir sur le plan relationnel.

Ces constats vont dans le sens des postulats de l'interactionnisme symbolique : c'est par le langage et le dialogue que nous prenons conscience de notre identité (Mead, 1934). En effet, le discours des participants laisse transparaître une perception négative d'eux-mêmes due aux messages qui leur sont renvoyés par les institutions en santé mentale, les institutions judiciaires et les interactions « individuelles » lorsque vient le temps de socialiser ou de se trouver un emploi ou un logement. L'interprétation que les participants font de leurs rapports avec la société amène ces derniers à y répondre selon ce qu'ils pensent que la société perçoit d'eux. Par exemple, ils affirment avoir tendance à adopter des comportements qu'ils savent nuisibles pour eux-mêmes (vente de drogues, consommation, bataille, etc.), expliquant qu'il s'agit de la seule place qui semble leur être accordée par la société et également d'un moyen de survie. Ces personnes n'ont pas l'impression que la société leur offre la chance de se développer ou de prendre leur place et, pour certaines d'entre elles, ceci entraîne de la difficulté, voire une incapacité à se projeter dans le futur et à se percevoir positivement. Il demeure que tous les participants, à la question concernant ce qu'ils souhaitent pour le futur, répondaient vouloir un travail, un appartement et mener une vie tranquille. À cet effet, Pascale Dufour (2002) mentionne que, malgré le fait qu'elles en soient rejetées, ces personnes rêvent en général de pouvoir intégrer la société, le travail étant le vecteur principal d'insertion et d'affirmation dans notre société.

Notons que pour tous les participants la difficulté de se trouver un emploi en raison de leur problème de santé mentale ou de leur passé judiciaire constitue un aspect important de leur sentiment d'exclusion. Il s'agit pour ces personnes d'un stigmate (celui du paresseux, de

l'incapable ou encore de l'indésirable) qui leur était lourd à porter et qui générait beaucoup de colère. À ce sujet, Namian (2011) explique que «[l]a grande majorité des personnes qui incarnent la vie moindre sont dans un mode constant de survie biologique, où rester hébergées, nourries, hydratées, soignées, bref maintenues en vie, constitue une lutte et une insécurité constante. Non seulement l'impératif d'intégrer l'univers du travail salarié demeure lointain, mais il demeure hautement improbable pour une majeure partie des individus qui incarnent la vie moindre » (p. 257). Leur rejet par le monde du travail représente pour les participants une preuve de leur caractère indésirable aux yeux de la société. Ces propos font également écho aux écrits de Gaulejac (1995) ou encore de Dufour (2002), qui démontrent que le travail est l'un des vecteurs les plus importants dans notre société afin de se sentir utile et intégré.

6.3 Moyens de protection

Tel que mentionné précédemment, les personnes rencontrées font toutes usages de stratégies afin de composer avec les stigmates qu'elles se voient accolés via les diverses structures. Ces stratégies ne sont toutefois pas univoques et se traduisent tout autant dans « la riposte que l'assentiment et ses conséquences péjoratives que sont la haine de soi ou la résignation apprise » (Lacaze, 2008, p. 1). À cet effet, les personnes rencontrées nous ont fait part des moyens qu'elles utilisent pour fuir le regard qu'elles sentent que la société pose sur eux et qui leur renvoie une image négative d'elles-mêmes. Il s'agit de diverses stratégies qui visent à protéger leur identité. Barus-Michel (2002) explique ainsi les trajectoires identitaires et les stratégies qui y sont associées :

La logique de la différenciation sociale traverse les rapports sociaux. Chacun cherche à se distinguer par différents signes liés au mode de vie, à la consommation, à l'affichage de certains symboles et, en même temps, à s'assimiler dans des groupes d'appartenance qui lui confèrent un statut, un rôle, une place sociale. L'analyse des trajectoires et de la mobilité sociale montre que les existences humaines sont marquées, à des degrés divers, par une tension entre des moments de rupture et des moments de continuité. Chacun cherche à se dégager de ses assignations identitaires, puisqu'elles sont invalidantes ou au contraire à les valoriser, lorsqu'elles lui sont favorables. (p. 176)

Cette théorie renvoie aux identités réelles et virtuelles décrites par Goffman (1975) : l'individu peut vivre une crise identitaire lorsque son identité virtuelle (celle qui lui est prêtée ou assignée par la société) ne concorde pas avec son identité réelle (celle qu'il considère avoir). En effet, les personnes rencontrées disent ressentir de la douleur face à la manière dont elles sont perçues et se considèrent autrement que des « malades mentaux » ou des « criminels ».

Afin d'éviter cette douleur et de protéger une partie de leur estime, les participants utilisent diverses stratégies de défense sans nécessairement le formuler ainsi. Rappelons que, selon Gaulejac et Taboada Léonetti (2007), il existerait trois stratégies afin de répondre à la douleur causée par le port des stigmates : le *contournement*, le *dégagement* et finalement la *défense*. C'est entre autres à travers ces stratégies que les personnes choisissent ou non d'intégrer certaines étiquettes (voir tableau 2). Selon les auteurs, ces stratégies sont une réaction au rejet ou au mépris et une réponse à l'assignation d'une identité non choisie. Ce modèle permet de mieux saisir la nature des rapports que les participants entretiennent avec leur environnement social. Pour plusieurs des personnes interviewées, le retrait social ou l'isolement sont des stratégies de réponse et une manière de fuir une réalité qui leur paraît trop douloureuse. Selon Stuart (2003), ces stratégies permettraient à la personne qui se voit tout refuser (emploi, appartement, amitié) de protéger son identité et de ne pas laisser transparaître les difficultés qui mènent à la stigmatisation. Gaulejac et Taboada Léonetti (2007) parlent alors de stratégies de *défense*. Pour plusieurs des participants, cette fuite de la réalité se traduit également par la consommation de drogues ou d'alcool.

Nous avons également pu observer chez certains participants une adhésion à des valeurs dites « à contre-courant de la société » et un rejet ou une minimisation du problème de santé mentale pour laisser davantage de place au stigmaté de « criminel ». Ainsi, ces participants refusent toute aide en lien avec leur problème de santé mentale, particulièrement lorsqu'ils se retrouvent dans le système carcéral, et s'affilient à des groupes criminalisés en expliquant que ces derniers se composent de bonnes personnes qui, comme elles, ont vécu des difficultés qui ont fait en sorte qu'elles se retrouvent exclues. Ces personnes avaient également tendance à se comparer aux autres personnes éprouvant des problèmes de santé mentale afin de démontrer qu'elles n'étaient

pas « si pires que ça » et que leur problème de santé mentale ne valait pas la peine d'être pris en compte. Il s'agirait de la stratégie de *contournement* (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 2007) : la personne décide d'adhérer à de nouvelles valeurs et se déresponsabilise face à son stigmat, par exemple en s'affiliant à des groupes marginaux. Toutefois, certains participants ont admis être contraints de côtoyer des milieux criminalisés puisque, n'ayant pas de travail ou même de domicile, la fréquentation de la rue et des bars s'est imposée.

Pour terminer, plusieurs participants s'enferment dans la colère et critiquent tout le système en général, se défendant d'appartenir à une telle société. Pour Gaulejac et Taboada Léonetti (2007), il s'agit de la stratégie de *dégagement* : en adoptant une position critique et revendicatrice, la personne peut avoir l'impression de reprendre le contrôle sur sa vie. Il s'agit d'une réponse qui peut être faite de manière individuelle ou collective et qui vise à rejeter l'étiquette attribuée par la société.

Le tableau qui suit résume les différents cas de figure que nous avons dégagés des entrevues avec les participants ainsi que les stratégies que peuvent utiliser les personnes rencontrées afin de protéger leur identité, répondre aux stigmas et étiquettes ou encore, faire leur place au sein de la société. Tel que mentionné précédemment, ce tableau n'est pas statique et il arrive que les participants s'identifient différemment, en fonction de l'évolution de leur situation et de leurs interprétations.

Tableau 2 : Articulation des expériences judiciaires et en santé mentale

	Étiquette en santé mentale intégrée	Étiquette en santé mentale rejetée
Étiquette criminelle intégrée	Sentiment d'impuissance, d'échec. Colère et implication dans le monde interlope. Sentiment de ne pas être à la hauteur en raison du problème de santé mentale. Impression de ne pas répondre aux attentes de la société.	Implication dans le monde interlope plus importante. Valorisation de l'étiquette criminelle.
Étiquette criminelle rejetée	Souhait de s'intégrer, sentiment d'impuissance et d'injustice. Souhaite davantage d'aide.	Retrait de la société, (mise à l'écart et isolement) et rejet des diverses structures institutionnelles. Colère et impuissance.

6.4 Importance de trouver sa place et du lien

Comme mentionné précédemment, les personnes rencontrées émettent toutes le souhait de se forger une place au sein de la société, et ce, malgré le fait qu'elles ne s'y sentent pas les bienvenues. L'exclusion et le sentiment d'infériorité qui les habitent sont des éléments difficiles à supporter et à accepter, peu importe le moment de leur apparition.

En ce sens, bien que les résultats de notre mémoire rejoignent les prémisses de l'interactionnisme symbolique et des théories de l'étiquetage, selon lesquels l'identité des personnes se construirait principalement par leurs relations dans la société, c'est-à-dire par leurs manières d'interagir avec les autres et d'interpréter le langage et les gestes des différents acteurs à leur égard (Blumer, 1986; Dorais, 2004; Lemay-Langlois, 2007; Le Breton; Mead, 1934), nous pouvons également constater que les participants adoptent différentes stratégies afin de trouver des repères identitaires et affectifs.

En effet, plusieurs des personnes rencontrées se joignent, par l'intermédiaire d'organismes d'aide, à des groupes de bénévolat ou encore participent à des activités afin de se sentir acceptées par un groupe et de développer un sentiment d'appartenance. Selon certains auteurs (Berger et Luckmann, 1966; de Gaulejac et Taboada Léonetti, 2007), il s'agit pour ces personnes d'un moyen de contrer la réalité dans laquelle elles vivent et de développer des repères identitaires positifs.

Chez les personnes qui peuvent compter sur la présence d'un intervenant stable dans le milieu communautaire, on observe un plus grand désir d'intégrer la société et de « stabiliser » leur situation, notamment en se trouvant un petit logement, un chez-soi. Avoir un appartement se révèle d'ailleurs pour plusieurs participants comme un moyen de se sentir « normal » et de prendre sa place dans la société. Toutefois, l'appartement peut également devenir un lieu de réclusion pour les personnes qui souhaitent par-dessus tout échapper au regard de la société. Enfin, la présence d'un conjoint ou d'une conjointe est aussi un élément important pour se définir autrement que comme un « criminel » ou un « fou » et aide à se projeter dans le futur. En somme, le besoin de reconnaissance et de valorisation via le regard d'une personne significative semble être un élément essentiel au bien-être des personnes rencontrées et un vecteur d'insertion, ou du moins de reconnaissance, sociale important. Le retrait social des participants témoigne bien souvent d'un état de mal-être, souvent exprimé sous forme de colère, et reflète leur difficulté à interagir avec les autres, à se faire valoir et d'évoluer au sein de certaines structures sociales (Dufour, 2002).

Conclusion

Cette recherche nous a permis d'en apprendre davantage sur la réalité des personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et qui se retrouvent au sein du système judiciaire. Elle a également mis en lumière les nombreux effets de la judiciarisation sur la vie de ces personnes. Leur discours nous a permis de constater que leur passage au sein du système judiciaire a de lourdes conséquences sur les plans identitaire, interpersonnel (bris des liens avec la famille ou les amis) et matériel et compromet leur stabilité et même leur état de santé. Bien que toutes les histoires soient uniques et façonnées par leurs propres perceptions, elles reflètent une grande souffrance et un sentiment d'impuissance.

Malgré le fait que cette étude comporte certaines limites, notamment celles liées à la taille de l'échantillon et au manque de temps qui nous a empêchée d'approfondir certains pans du discours des personnes rencontrées, elle a permis de mettre en relief les effets négatifs de la judiciarisation sur la personne qui compose avec un trouble de santé mentale. Ainsi, en plus d'entraîner des pertes sur les plans relationnel et matériel, la judiciarisation induit souvent une perception négative de soi, une interruption des traitements, une association au monde interlope et, plus globalement, une désaffiliation face au reste de la société.

Si les entrevues que nous avons réalisées auprès de dix personnes composant toutes avec des troubles de santé mentale et s'étant retrouvées à plus d'une reprise au sein du système judiciaire ne nous permettent pas d'affirmer avec certitude que les individus ayant des problèmes de santé mentale qui se retrouvent judiciarisés intègrent totalement l'étiquette de « fou » ou de « criminel », elles nous permettent toutefois de soutenir que la judiciarisation de la santé mentale est un processus fragilisant pour ces personnes qui bien souvent ont vécu de multiples difficultés et traumatismes au cours de leur vie. Des entrevues émane aussi le constat que ces personnes intègrent en général l'image négative qui leur est renvoyée par autrui ou par les institutions, ce qui provoque chez elles un sentiment d'incapacité, d'impuissance et d'injustice. Les multiples interactions que ces personnes vivent tout au long de leur trajectoire teintent la manière dont elles se perçoivent et ont des conséquences directes sur leur capacité à se projeter dans le futur et à prendre leur place au sein de la société. Ces facteurs deviennent bien souvent des obstacles à la

recherche de services ou d'aide, ou tout simplement à la possibilité qu'ont ces personnes d'être des citoyens à part entière (trouver un logement, un emploi, participer aux activités communautaires, avoir des relations interpersonnelles, etc.). De plus, ces personnes en viennent souvent à normaliser leur situation et à adopter des stratégies de protection telles que la consommation d'alcool et de drogues, la fréquentation du monde dit « interlope », l'isolement ou encore le déni, ce dernier étant surtout appliqué aux enjeux de santé mentale. Plusieurs en viennent à banaliser leur passage au sein du système judiciaire et deviennent très critiques face aux instances censées les protéger et les soutenir.

Le système pénal semble actuellement être la voie privilégiée pour prendre en charge les personnes ayant des troubles de santé mentale alors que les hôpitaux réduisent leurs services. Le manque de soins en santé mentale a pour conséquence que des personnes avec d'importants besoins se retrouvent seules et vulnérables et vivent dans des conditions parfois bien difficiles. Notre recherche permet de dire que la combinaison d'expériences judiciaire et en santé mentale est un poids ajouté qui peut mener à la stigmatisation et à l'isolement de l'individu.

Par contre, tout n'est pas que noir. En effet, lorsque les individus rencontrés réussissent à créer un lien de confiance, c'est-à-dire que la personne avec qui le lien est créé reconnaît les capacités de l'autre et a des interactions positives avec ce dernier, nous voyons naître une volonté d'améliorer sa perception de soi et de prendre sa place en société. Il ne s'agit pas d'une mince affaire puisque les années d'intégration d'étiquettes négatives et d'interactions souvent difficiles avec autrui et les institutions laissent leurs marques et sont profondément ancrées dans la personne. En somme, la relation avec l'Autre semble jouer un rôle essentiel en ce qui concerne la place que l'individu occupera au sein de la société et la manière dont il se percevra.

Il apparaît nécessaire que les intervenants des instances judiciaires et des services sociaux et communautaires coordonnent leurs services de manière à offrir une continuité de soins et de services aux personnes conjuguant avec des problèmes de santé mentale afin de favoriser leur intégration dans la communauté. Il s'agit de trouver des alternatives aux mesures judiciaires pour les personnes dites « vulnérables » qui commettent des infractions ou des « incivilités ».

Quelques solutions sont présentement proposées afin de mieux soutenir les personnes qui composent avec un trouble de santé mentale et qui passent à travers le système judiciaire, telles que le Programme d'accompagnement justice-santé mentale ou encore l'Urgence psychosociale-justice, toutes deux intervenant à différents stades de la judiciarisation. Toutefois, ces solutions ne semblent pas être suffisantes pour favoriser l'intégration de ces personnes ni leur offrir le soutien nécessaire puisque, leurs ressources sont limitées, entre autres en raison des coupes budgétaires. De plus, ces solutions ne remettent pas en cause la judiciarisation.

Cette recherche amène plusieurs questionnements qui pourraient être étudiés ultérieurement afin de renouveler les pratiques d'intervention auprès de la population à l'étude. La majorité des discours pointait vers le désir de reconnaissance tant sur le plan individuel que de la citoyenneté, et tous ont mentionné la nécessité d'un accompagnement plus soutenu pour contrer l'isolement et la désaffiliation.

Ce projet de mémoire, en s'appuyant sur une démarche qualitative, a permis de jeter un regard sur les trajectoires et les conditions de vie de dix personnes ayant des problèmes de santé mentale et qui se sont déjà retrouvées au centre de démêlés judiciaires. Les témoignages récoltés par l'entremise d'entrevues semi-dirigées ont aidé à mieux comprendre comment l'articulation des deux types d'expériences (judiciaires et médicales) peut être stigmatisante et influe sur la manière dont ces personnes se perçoivent et interagissent avec les institutions à divers moments de leur vie. Les rejets et les échecs répétés ont amené certaines personnes à s'assigner une identité négative et marginale ; cette identité influence leurs rapports sociaux et la perception de la place qu'elles peuvent occuper dans notre société. Le retrait social et l'association au monde interlope en sont des manifestations. Cependant, les discours des participants démontrent aussi que lorsqu'ils sont soutenus par des intervenants, qu'ils sont crus et reconnus, leur estime personnelle ainsi que leur capacité à se projeter dans le futur et à intégrer une image positive d'eux-mêmes croissent. Il devient alors plus facile pour ces personnes d'interagir avec autrui et de se faire une place au sein de la société.

Cette recherche invite à revoir le rapport des acteurs judiciaires et du réseau de la santé face aux personnes composant avec un trouble de santé mentale qui sont plongées dans des procédures

judiciaires. La reconnaissance, l'empowerment, la participation et l'estime de soi sont des concepts-clés pour les intervenants qui gravitent autour de ces personnes. Il s'agit plus précisément de ne pas tomber dans le piège de l'étiquetage et de la stigmatisation et d'éviter d'envoyer à ces individus vulnérabilisés une image négative d'eux-mêmes qui provoquerait alors un sentiment d'incapacité, d'impuissance et d'infériorité.

Bibliographie

- April, J. et Larouche, H. (2006). L'adaptation et la flexibilité d'une chercheuse dans l'évolution de sa démarche méthodologique. *Recherches qualitatives*, 26(2), 145-168.
- Barus-Michel, J. (2002). Clinique et sens. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Levy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 313-323). Toulouse: Éditions Érès.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Aubier.
- Becker, H. (1985). *Outsiders: Études de sociologie de la déviance* (Traduit par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulié). Paris: Éditions Métailié.
- Bellot, C. et Morselli, C. (2002). Racines et enjeux de la tolérance zéro. *Les politiques sociales*, 1(2), 4-11.
- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M. N. et Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal*. Ottawa: Secrétariat national pour les sans-abri.
- Berger, P. L. et Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Armand Colin.
- Bernier, D., Bellot, C., Sylvestre, M.-E. et Chesnay, C. (2011). La judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Québec : point de vue des acteurs socio-judiciaires et analyse du phénomène. Toronto: The Canadian Homelessness Research Network Press.
- Bernstein, R. et 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.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologiques*. Paris: Nathan.
- Bibeau, G., Sabatier, C., Corin, E., Tousignant, M. et Saucier, J.-F. (1989). La recherche sociale anglo-saxonne en santé mentale : tendances, limites et impasses. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 103-120.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (2008). *L'organisation communautaire : Fondements, approches et champs de pratique*. Collection Pratiques et politiques sociales et économiques. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., Michalak, E., . . . Weaver, C. (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*. Repéré sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada :

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Law_How_People_with_Mental_Illness_Perceive_Interact_Police_Study_FRE_1.pdf

- Brochu, S. et Drapeau, A. (1997). Pratique des tribunaux face aux renvois vers les centres de traitement de la toxicomanie. *Revue canadienne de criminologie*, 39, 329-356.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes peut-il être efficace lorsqu'il est offert dans un contexte de pressions judiciaires ? Dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu, (éd.). *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises* (p. 73-94). Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Bureau, N., Roy, R., Gendron, P. et Millaud, F. (2001). La judiciarisation des patients psychiatriques : éléments de réflexion et applications pratiques. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 202-215
- Camilleri, C. (1992). Communautés et lien social : une première approche. Dans Ferréol, G. et Autès, M., *Intégration et exclusion dans la société française contemporaine* (p. 429-439). Villeneuve-d'Ascq, France: Presses universitaires du Septentrion.
- Cardinal, C. et Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 199-220.
- Cario, E. (1997). *Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société*. Paris: L'Harmattan.
- Carr, V. J., Johnston, P. J., Lewin, T. J., Rajkumar, S., Carter, G. L. et Issakidis, C. (2003). Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 54(2), 226-235.
- Castel, R. (1995). Les pièges de l'exclusion. *Lien social et Politiques*, (34), 13-21.
- Castro, B., Bahadori, S., Tortelli, L., Ailam, L. et Skurnik, N. (2007). Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales médico-psychologiques*, 165(4), 276-281.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (2012). Connaître ses droits. Repéré à http://www.camh.ca/fr/hospital/visiting_camh/rights_and_policies/Pages/challenges_choices_ontmhlaws.aspx
- Chantraine, G. (2003). Prison, désaffiliation, stigmates : L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et société*, 27(4), 363-387.
- Charmillot, M. et Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, 3, 126-139.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A. et Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.

- Cloke, P., Milbourne, P. et Widdowfield, R. (2002). Rural Homelessness: Issues, experiences and policy responses. *Housing Studies*, 17(6), 919-927.
- Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives*. Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales.
- Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC) (2011). *Projets du programme « Changer les mentalités » : répartition par province*. Ottawa: CSMC.
- Corin, E. E., Poirel, M. L. et Rodriguez, L. (2011). *Le mouvement de l'être : paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cornut, J. et Grenier, F. (2011, mai). *Au-delà des labels : dialogue, pluralisme et pragmatisme dans la théorie des relations internationales*. Papier préparé pour le Congrès 2011 de la Société québécoise de science politique, Montréal. Repéré à http://www.academia.edu/1687796/Au-del%C3%A0_des_labels_dialogue_pluralisme_et_pragmatisme_dans_la_th%C3%A9orie_des_relations_internationales
- Corrigan, P. W. et O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97.
- Corrigan, P. W. et Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W. et Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, (46), 42-48.
- Côté, J., et Filion, F. (2005). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Crocker, A. G. et Côté, G. (2010). Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche. *Le partenaire*, 19(1), 4-11.
- Crocker, A. G., Côté, G. et Moscato, M. (2008). L'évaluation et la gestion du risque de comportements violents : de la clinique spécialisée à la pratique clinique générale. *Revue québécoise de psychologie*, 29(1), 137-155.
- Crocker, A. G., Hartford, K. et Heslop, L. (2009). Gender differences in police encounters among persons with and without serious mental illness. *Psychiatric Services*, 60, (1), 86-93.
- Cusson, M. (1974). *La resocialisation du jeune délinquant*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- De Munck, J., Genard, J. L., Olgierd, K., Vrancken, D., Delgoffe, D. et Macquet, C. (2003). *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*. Gent, Belgique: Academia Press.

- Diogène (2015). *Mission et mandat*. Repéré à <http://www.diogeneqc.org/a-propos-de-diogene/mission-et-mandat/>.
- Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Rapport d'enquête sur 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*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Dorais, L. J. (2004). *La construction de l'identité. Discours et constructions identitaires*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé Mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H. (1984). Les ressources alternatives au C. H. Louis-H. Lafontaine, *Administration hospitalière et sociale*, novembre-décembre, 31-41.
- Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58.
- Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 29(1), 73-85.
- Dufour, P. (2002). La vie quotidienne des sans-emploi : des formes communes de résistance, au-delà des frontières. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 180-194.
- Ensign, J. (2003). Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 43-50. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02671.x.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R. et Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11(1), 6-26.
- Estroff, S. E. (1981). Psychiatric deinstitutionalization: A sociocultural analysis. *Journal of Social Issues*, 37(3), 116-132.
- Ferguson, G. (1988). Les droits aux soins de santé mentale en milieu carcéral. *Criminologie*, 21(2), 15-35.
- Fischer, G. N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Fitchen, J. M. (1992). On the edge of homelessness: Rural poverty and housing insecurity. *Rural sociology*, 57(2), 173-193.
- Fleury, M.-J. et Genier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

- Forget, M.-H. et Paillé, P. (2012). L'entretien de recherche centré sur le vécu. *Sur le journalisme, About journalism, Sobre jornalismo* [En ligne], 1(1). Repéré à <http://surlejournalisme.com/rev/index.php/slj/article/view/9>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2001). La folie et la société. Dans D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et Écrits, I* (p. 996-1003). Paris: Éditions Gallimard.
- Fradet, H. (2009). Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 31-38.
- Frappier, A., Vigneault, L. et Paquet, S. (2009). À la fois malade et criminalisé : témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 21-30.
- Gary Chaimowitz, M. B. (2012). The treatment of mental illness in correctional settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), B1.
- de Gaulejac, V. et Taboada Léonetti, I. T. (1994). La désinsertion sociale [Déchéance sociale et processus d'insertion]. *Recherches et Prévisions*, 38(1), 77-83.
- de Gaulejac, V. et Taboada Léonetti, I. T. (2007). *La lutte des places* (2^e édition). Paris: Desclée de Brouwer.
- Gibbons, J. J. et Katzenbach, N. B. (2006). Prison Reform: Commission on Safety and Abuse in America's Prisons: Confronting Confinement. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22, 385-645.
- Giordana, J. Y. (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris: Elsevier Masson.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*. Paris: Éditions de Minuit.
- Grenier, S. (2005). Paradoxes et opportunités de la recherche qualitative en santé mentale communautaire. *Recherches qualitatives, Hors-série, 1*, 100-112.
- Hall, S. (1997). *Representation: Cultural representations and signifying practices* (vol. 2). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hartel, J. A. (1993). The prosecution of assaultive clients: Treatment considerations. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(3), 7-14.
- Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. *International Journal Law and Psychiatry*, 29(4), 316-331.

- Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R. et Wagner, H. R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric services*, 50(1), 62-68
- Hirschl, R. (2000). “Negative” rights vs. “positive” entitlements: A comparative study of judicial interpretations of rights in an emerging neoliberal economic order. *Human Rights Quarterly*, 22(4), 1060-1098.
- Institut canadien d’information sur la santé (2008). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle*. Ottawa: ICIS.
- Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. et Ambrosini, D. L. (2009). Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 171-197.
- Jobin, M. J. (2001). Prostitution: de la théorie de l’étiquetage à la pratique du vécu. La perception de cinq femmes qui font de la prostitution. *Reflets: Revue ontarioise d’intervention sociale et communautaire*, 7(1), 206-228.
- Kaiser, H. A. (2009a). Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l’État. *Revue Santé mentale au Québec*, 34(2), 93-121.
- Kaiser, H. A. (2009b). Lois en matière de santé mentale au Canada : reconnaître et rectifier une situation problématique. *Revue Santé mentale au Québec*, 34(2), 75-91.
- Kaufmann, J. C. (1994). *Rôles et identité : l’exemple de l’entrée en couple*. *Cahiers internationaux de sociologie*, 97, 301-328.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J., . . . Wang, P. S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*, 36(6 Pt 1), 987.
- Kirby, M. (2008). *Crise en matière de santé mentale au Canada. Une étiquette dévalorisante*. Repéré sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/FR_Kirby_GIbandMI_Jn28_08.pdf
- Kirouac, L., Dorvil, H. et Otero, M. (2007). *Loi P-38.001 : Protection ou coercition ? Point de vue des personnes interpellées*. Repéré sur le site de Action Autonomie : http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/rapport_uqam_p38001_mai_2007.pdf
- Laberge, D. et Morin, D. (1995). The overuse of criminal justice dispositions: Failure of diversionary policies in the management of mental health problems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(4), 389-414.
- Laberge, D. et Morin, D. (1998). Evaluating the case, evaluating the cost: Criteria for constructing the defense strategy of persons suffering from mental illness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 7(3), 189-209.

- Laberge, M. et Robert, M. (1992). La judiciarisation de la santé mentale : Profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 31-46.
- Laberge, Y. (2009). Interactionnisme symbolique, ethnométhodologie et microsociologie. Un bilan partiel de la décennie 2001-2009. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 40(2), 151-156.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 183-199.
- Lafortune, D. et Vacheret, M. (2009). La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 147-170.
- Laishes, J. (1997). *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes*. Repéré sur le site de la Sécurité publique du Canada : <http://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/rc%20451.4.p68%2013%201997-fra.pdf>
- Lalonde, R. J. et Cho, R. M. (2008). The impact of incarceration in state prison on the employment prospects of women. *Journal of Quantitative Criminology*, 24(3), 243-265.
- Lamb, R. H., Weinberger, L. E. et DeCuir, W. J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53(10), 1266-1271.
- Landreville, P., Laberge, D. et Morin, D. (1998). La criminalisation et l'incarcération des personnes itinérantes. *Nouvelles pratiques sociales*, 11(1), 69-81.
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). *The Review Board Systems in Canada: Overview of results from the mentally disordered accused data collection study*. Ottawa: Department of Justice Canada.
- Lauzon, J. (2003). 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*, 33(1-2), 219-316.
- Lavolette, C. (2013). Récits de vie. Construction de sens et de lien. Introduction. *Les Politiques sociales*, (1 & 2). Repéré à http://www.lespolitiquessociales.org/PDF/R%E9cits%20de%20vie_intro.pdf.
- Le Breton, D. (2008). *Cultures adolescentes : Entre turbulence et construction de soi*. Paris: Éditions Autrement.
- Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 7-24.
- Leman-Langlois, S. (2007). *La sociocriminologie*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- MacDonald, S.-A., Bellot, C., Sylvestre, M.-E., Dumais-Michaud, A.-A. et Pelletier, A. (2014). *Mental Health Courts: Processes, Outcomes and Impact on Homelessness*. Montréal: Université de Montréal.
- MacDonald, S.-A. et Dumais-Michaud, A.-A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161-177.
- Malette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 298-319.
- Marchetti, A. M. (1997). *Pauvretés en prison*. Toulouse: Éditions Érès.
- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 36-44.
- Martucelli, D. (2001). *Dominations ordinaires. Explorations de la condition moderne*. Paris: Balland.
- Maurutto, P. et Hannah-Moffat, K. (2006). Assembling risk and the restructuring of penal control. *British Journal of Criminology*, 46(3), 438-454.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (Vol. 111). Chicago: University of Chicago Press.
- Ménard, J.-P. (1998). *Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Barreau du Québec, Développements récents en droit de la santé mentale. Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- Miller, R. D. et Maier, G. J. (1987). Factors affecting the decision to prosecute mental patients for criminal behavior. *Psychiatric Services*, 38(1), 50-55.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morin, D. (2002). Doing Time. Dans B. Schissel et C. Brooks (éd.), *Marginality and Condemnation: An Introduction to Critical Criminology* (p. 329-347). Halifax: Fernwood Press.
- Morin, D., Landreville, P. et Laberge, M. (2000). Pratique de déjudiciarisation de la santé mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris: Armand Colin.

- Namian, D. (2011). *Vivre, survivre et mourir accompagné : aux frontières de la « vie moindre »*. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/4423/>
- O'Sullivan, A. (2007). Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans M. Laffut et M.-R. Roy (dir.), *Pauvreté et exclusion sociale : Partage d'expériences entre Wallonie et Québec* (p. 54-71). Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65-89.
- Otero, M. (2010). *Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles*. Repéré sur le site de SociologieS, théories et recherches: <http://sociologies.revues.org/index3268.html>
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours !*. Montréal: Éditions du Jour.
- Paillé P. (2007). La recherche qualitative : une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Patenaude, C. (2010). *Facteurs associés à l'alliance thérapeutique en toxicomanie : effets modérateurs de la judiciarisation et des troubles sévères de santé mentale* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4078>
- Perreault, I. (2015). La folie, c'est de n'avoir pas d'autres normes que soi-même : la psychiatrie au cours de l'après-guerre au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 51-63.
- Pires, A. (2001). La rationalité pénale moderne, la société du risque et la judiciarisation de l'opinion publique. *Sociologie et sociétés*, 33(1), 179-204.
- Poupart, J. (1993). Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche. *Sociologie et société*, 25(2), 93-110.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R. et Pires, A. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (p. 173-209). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Protecteur du citoyen (2011). *Rapport sur l'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)*. Québec: Assemblée nationale.
- Provencher, D. (2010). La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance. *Le Partenaire*, 19(1), 18-24.

- Qribi, A. (2010). Socialisation et identité. L'apport de Berger et Luckmann à travers « la construction sociale de la réalité ». *Bulletin de psychologie*, (2), 133-139.
- Redlich, A. D., Hoover, S., Summers, A. et Steadman, H. J. (2010). Enrollment in mental health courts: Voluntariness, knowingness, and adjudicative competence. *Law and Human Behavior*, 34(2), 91-104.
- Rostaing, C. (1997). *La relation carcérale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Roy, S. (1995). L'itinérance : forme exemplaire d'exclusion sociale ? *Lien social et Politiques*, (34), 73-80.
- Roy, S., Hurtubise, R. et Rozier, M. (2003). *Itinérance en Montérégie : comprendre le phénomène et identifier les besoins*. Montréal: Collectif de recherche en itinérance.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. et Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma . *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Samson, E. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, cadre de référence*. Québec: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence of an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Sciences and Medicine*, 56(2), 299-312.
- Schwartz, C. J., Greenfield, G. P. (1978). Charging a patient with assault of a nurse on a psychiatric unit. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23(4), 197-200.
- Seltzer, T. (2005). Mental health courts: A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(4), 570-586.
- Senon, J. L., Manzanera, C., Humeau, M. et Gotzamanis, L. (2007). États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'information psychiatrique*, 83(8), 655-662.
- Slinger, E. et 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(4), 258-264.
- Stip, E., Caron, J., Lane, C. J. (2001). Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 164(9), 1299-1300.

- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A. . . . Lieberman, J. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Sylvestre, J., Aubry, T., Smith, J. et Bridger, T. (2010). An evaluation of the implementation of a court outreach program for people with severe and persistent mental illness who are legally involved. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(S5), 139-156.
- Tannenbaum, F. (1938). *Crime and the Community*. Boston: Ginn.
- Taylor, C. (2003). *Les Sources du moi. La formation de l'identité moderne* (2^e éd. Traduit par Barbara Ritz). Paris: Le Seuil.
- Teplin, L. A. (1984). Managing disorder. Police handling of the mentally ill. Dans L. A. Teplin (éd.), *Mental Health and Criminal Justice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Teplin, L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669.
- Teplin, L. A. (2000). Keeping the Peace: Police Discretion and Mentally 111 Persons. *National Institute of Justice*, July, 8-15.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M. et 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.
- Trudel, K. (2009). *Point de vue des acteurs de la Cour du Québec sur l'Urgence psychosociale-justice en tant qu'alternative à la judiciarisation* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7417/Trudel_Kathy_2009_memoire.pdf
- Vacheret, M. et Milton, M. (2007). Peurs en milieu carcéral : quand sentiments et expériences diffèrent. *Criminologie*, 40(1), 185-211.
- Vacheret, M. et Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et société*, 35(4), 485-501.
- Vaillant, G. E. (2004). Une dimension de la santé difficile à objectiver. Des approches empiriques multiples. *Problèmes politiques et sociaux*, (899), p. 31-34.
- Weisstub, D. N. et Arboleda-Flórez, J. (2006). Les droits en santé mentale au Canada : une perspective internationale. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 19-46.

Weitz, R. (1990). Living with the stigma of AIDS. *Qualitative Sociology*, 13(1), 23-38.

Annexe 1 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

« Expérience des personnes composant avec un trouble de santé mentale au sein du système judiciaire »

Chercheuse étudiante : Dominique Gaulin, étudiante à la maîtrise, volet recherche, École de service social, Université de Montréal

Directrice de recherche : Sue-Ann MacDonald, professeure adjointe, Université de Montréal, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à explorer comment les personnes composant avec un trouble de la santé mentale vivent leurs expériences au sein du système judiciaire et si ces expériences transforment leur identité.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à m'accorder une entrevue où je vous demanderai de me parler de vos diverses expériences en santé mentale ainsi que de vos expériences au sein du système judiciaire. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et devrait durer environ 60 minutes. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés selon vos disponibilités.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. En cas de malaise, je vous dirigerai et vous accompagnerai vers les ressources adaptées.

4. Avantages et bénéfices

En participant à ce projet de recherche, vous pourrez contribuer à mettre en lumière les expériences des personnes composant avec un trouble de santé mentale au sein du système judiciaire. Grâce à votre partage d'expériences, il sera possible de réfléchir aux façons dont nous pouvons améliorer les interventions faites auprès de ces personnes.

5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Compensation

Pour vous remercier de votre participation, 20 \$ vous seront remis à la fin de l'entrevue. Vos frais de déplacement seront également remboursés.

7. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à la chercheuse et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage la chercheuse de ses responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec **Dominique Gaulin** au numéro de téléphone xxxx ou à l'adresse courriel dominique.gaulin@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de la chercheuse concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca ou par téléphone au 514 343-7338 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca **(l'ombudsman accepte les appels à frais virés)**.

Annexe 2 : Affiche de recrutement

Participant(e)s recherché(e)s

- Vous êtes âgés d'au moins 18 ans ;
- Vous composez avec un trouble de santé mentale diagnostiqué OU avez eu des expériences au sein des institutions en santé mentale à au moins deux reprises au cours de votre vie ;
- Vous avez été accusé à au moins une reprise devant la Cour criminelle ou municipale :

Aidez-moi à mieux comprendre vos expériences au sein des institutions en santé mentale et judiciaire. Dans ce contexte, je vous invite à participer à une entrevue d'une durée de **60 à 90 minutes** dans le cadre d'une recherche effectuée à l'Université de Montréal

Les participants recevront une **compensation monétaire de 20 \$.**

Si vous êtes intéressés, veuillez communiquer avec Dominique Gaulin par courriel à dominique.gaulin@umontreal.ca

Au plaisir de vous rencontrer !!!

Annexe 3 : Grille d'entrevue

Objectif:	Thème	Questions non-dirigées	Questions dirigées
Présenter le participant	1- Condition de vie du participants 2- Condition familiale du participant	1- Parlez moi de vous (avant et maintenant)	1- quel âge avez-vous? 2- Votre situation matrimoniale? 3- Occupation (emploi/étude)? 4- Condition de logement? 5- Situation familiale? 6- Milieu familial?

<p>Documenter l'expérience des sujets en lien avec leur problématique de santé mentale</p>	<p>1- Le(s) diagnostic(s)</p> <p>2- L'expérience au sein du système de la santé</p> <p>3- Perception de la problématique de santé mentale</p>	<p>1- Parlez moi de votre problématique en santé mentale</p> <p>2- Parlez-moi de vos expériences au sein du système de la santé, en lien avec votre problématique de santé mentale</p> <p>3- Parlez-moi de votre relation avec la société</p>	<p>1- Quelles est (sont) vos diagnostics?</p> <p>2- Parlez-moi de votre historique en santé mentale?</p> <p>3- Parlez-moi de vos séjours au sein des institutions psychiatriques</p> <p>4- Quels professionnels avez-vous côtoyés?</p> <p>5- Comment avez-vous vécus vos expériences au sein des institutions en santé?</p> <p>6- Comment percevez-vous votre situation avec la santé mentale?</p> <p>7a- Votre entourage est-il au courant de votre situation?</p> <p>7b- Comment votre entourage perçoit votre situation?</p> <p>8- Comment pensez-vous que la société perçoit votre situation?</p> <p>9- Vous êtes-vous senti aidé (compris) par les personnes travaillant au sein du système de santé? (infirmière, psychiatres)</p> <p>10- Avez-vous toujours eu accès aux services désirés?</p>
--	---	---	---

<p>Documenter l'expérience des sujets en lien avec leur passage dans le système judiciaire</p>	<p>1- Les offenses</p> <p>2-L'expérience au sein du système judiciaire</p> <p>3- Perception de la situation judiciaire</p>	<p>1- Parlez moi de votre (ou vos) passage(s) dans le système judiciaire</p> <p>2- Parlez-moi de vos relations avec les institutions judiciaires</p> <p>3-Comment percevez-vous votre situation?</p>	<p>1- Pour quelles situations avez-vous été accusées?</p> <p>2- Parlez-moi de vos interactions avec les policiers</p> <p>3- Parlez-moi de vos relations avec les juges/avocats</p> <p>4- Comment vous percevez-vous au sein de cette situation?</p> <p>5a- Votre entourage est-il au courant de votre situation?</p> <p>5b- Comment votre entourage perçoit votre situation?</p> <p>6- Comment pensez-vous que la société vous perçoit?</p> <p>7- Comment expliquez-vous le fait que vous vous soyez retrouvé à plus d'une reprise au sein du système judiciaire?</p> <p>8- Avez-vous été aidé à travers vos expériences au sein du système?</p> <p>9- Vous êtes-vous senti aidé (compris) par les personnes travaillant au sein du système judiciaire?</p> <p>10- Vous considérez-vous responsable des gestes pour lesquels vous avez été accusé?</p>
--	--	--	--

<p>Documenter le(s) lien(s) que font les personnes entre leur problème de santé mentale et leurs offenses</p>	<p>1- Articulation entre les expériences en santé mentale et les expériences au sein du système judiciaire</p>	<p>1- Selon vous, y-a-t'il un lien entre vos problèmes de santé mentale et vos difficultés judiciaires?</p>	<p>1- Qu'est-ce qui vous a poussé à utiliser un organisme aidant les personnes composant avec un trouble de santé mentale qui composent avec des problèmes judiciaires?</p> <p>2- Pensez-vous que votre trouble de santé mentale a eu un impact sur le fait que vous vous soyez retrouvé au sein du système judiciaire?</p> <p>3- Comment le système judiciaire a-t-il pris en compte votre trouble de santé mentale?</p> <p>4- Votre passage au sein du système judiciaire vous a-t'il amené à reconsidérer votre problématique de santé mentale et vice et versa?</p> <p>5-Comment ces deux situations influencent-elles l'accès aux services et ressources?</p>
---	--	---	--

<p>Documenter comment la personne se perçoit dans le futur</p>	<p>1- Projection vers le futur</p> <p>2- Rôle de la société et de l'entourage</p>		<p>1- Aujourd'hui, comment entrevoyez-vous votre futur ?</p> <p>2- Quelles sont vos aspirations?</p> <p>3- Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans vos projets (ce que la société peut offrir) ?</p> <p>4- Pensez-vous pouvoir vous sortir de votre situation judiciaire?</p> <p>5- Comment la société peut-elle vous aider?</p>

