



L'hospitalisation forcée : Au-delà de la Loi P-38



Prélude

Je m'appelle Anne-Marie Urli. Grâce à la collaboration et à l'ouverture de PLAIDD-BF à Rimouski, j'ai mené une recherche qualitative sur le vécu des individus psychiatisés. Plus particulièrement, ce qui m'a amené à faire cette recherche est ma curiosité quant au traitement donné aux personnes hospitalisées de force. En janvier 2021, j'ai contacté l'organisme PLAIDD-BF qui lutte pour la défense des droits des patients dans la région du Bas-Saint-Laurent pour leur proposer un projet qui sort un peu des recherches habituelles. En mai 2021, je débutais ma recherche en tant que contractuel. Dans ce travail, vous ne verrez pas de statistiques généralisantes qui se veulent preuve de scientificité. Vous lirez des témoignages et, pour moi, bien qu'il y ait un risque de tomber dans l'anecdotique, je pense qu'il est nécessaire de donner une voix aux personnes aux prises ou pas avec un problème de santé mentale et qui passent par la case hôpital. Aller à la rencontre de ces gens m'a permis de briser avec certains préjugés quant à la maladie mentale. En effet, rares sont ceux qui se définissent avant tout comme malade et bien que plusieurs aient eu des symptômes, tous ont un parcours qui leur est propre et qui explique en partie leur hospitalisation forcée. Vous verrez dans ce travail comment une loi peut se vivre et affecter les gens. Mon but est de flouer la frontière entre le normal et l'anormal pour montrer en quoi la ligne qui sépare les deux est ténue. Il s'agit d'un travail de recherche, certes, mais avec une poésie qui s'en dégage par les récits de vie de mes participants. Je tiens à remercier ma famille de m'avoir accompagné dans ce processus. Finalement, ce travail n'aurait jamais eu lieu sans l'implication de mes participant(e)s. Ce fut un honneur de travailler avec eux.

En espérant honorer leur récit de vie et sensibiliser le public à la cause,

Anne-Marie Urli

Table des matières

Introduction	4
1. Phase exploratoire	6
1.1 Revue de littérature	6
Droit à l'autodétermination	6
Consentement.....	7
Loi P-38.....	9
Dangerosité.....	11
Entourage et milieu de vie	12
Stigmate de la maladie mentale	14
Effet de la porte tournante	15
Judiciarisation	16
Enfermement	17
Suicide.....	17
1.2 Résultats et pistes issues de la revue de littérature	19
1.3 Opérationnalisation des concepts	21
1.4 Questions de recherche	21
1.5 Problématique	23
2. Phase méthodologique	25
2.1 Paradigme	25
2.2 Justification des stratégies de collecte utilisée.....	26
2.3 Guide d'entretien.....	26
2.4 Considérations éthiques liées à la réalisation de notre projet.....	27
3. Résultats.....	29
Avant	29
Pendant.....	34
Après	43
Avenir	49
Conclusion.....	51
4. Bibliographie	54
5. Annexe	57
Guide d'entretien.....	57

Introduction

Le présent travail porte sur le vécu des individus psychiatisés dans le système de santé et plus particulièrement sur l'effet de la *Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, ci-après, Loi p-38. Une telle recherche a, nous l'espérons, le bénéfice d'apporter un éclairage nouveau sur la garde en établissement et de sortir du discours hégémonique du domaine de la santé promu par les médecins et, plus particulièrement, dans ce cas-ci, des psychiatres. Comme le dit notre participant #5 de cette recherche : « Le cerveau humain est la chose, dans tout l'univers, la chose qu'on connaît qui est le plus complexe. Feck tsé, le psychiatre qui dit qu'il comprend ça... Tu comprendras que j'ai une réserve. ». Ainsi, en donnant la parole aux personnes ayant passé par le processus de garde en établissement par le biais de la Loi P-38, la chercheuse souhaite briser les préjugés entourant la maladie mentale, mais surtout l'image donnée à ces individus multiples qui se retrouvent à vivre ce genre d'expérience. D'ailleurs, ce ne sont pas nécessairement des personnes « malade mentale », comme vous le verrez plus loin. Ainsi, ce type de recherche a l'avantage de sortir du rapport souvent inégalitaire entre le sujet et le/la chercheur(e). Il s'agit de redonner du pouvoir à l'individu participant à la recherche pour s'orienter vers des pistes de solutions viables et pour faire du participant son propre expert. D'ailleurs, il est question, dans ce projet, de sortir du cadre strictement légal pour mieux appréhender le vécu de ces individus. Le terme « individus psychiatisés » nous paraît le plus approprié pour décrire les personnes ayant expérimenté les mesures liberticides, quoique parfois nécessaires, de la garde en établissement. En parlant d'« individus psychiatisés », nous voulons mettre de l'avant l'agentivité de ces personnes qui passent par, avant tout, un *processus*. Aussi, un retour sur leur vie « avant la Loi P-38 »

est essentiel pour comprendre où ils se situent présentement et comment l'application de cette loi a changé leur perception d'eux-mêmes, si tel est le cas. Vous verrez plus loin...

En attendant, bonne lecture!

1. Phase exploratoire

1.1 Revue de littérature

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes intéressés aux recherches portant sur le vécu des individus psychiatisés. Nous avons priorisé des recherches dites qualitatives qui interrogent le vécu de ces individus aux multiples appellations (fous, déviants, malades mentaux, patients psychiatriques, usagers, etc.). Nous avons d'ailleurs privilégié celles ayant été menées au Québec. Toutefois, en raison du faible taux de recherches qualitatives portant sur le sujet, nous avons élargi nos critères pour y inclure des recherches et rapports touchant ce sujet délicat qu'est la maladie mentale et les institutions psychiatriques. Les principaux thèmes dégagés de nos lectures sont : le droit à l'autodétermination, le consentement, la Loi P-38, la dangerosité, l'entourage et le milieu de vie, le stigmatisme de la maladie mentale, l'effet de la porte tournante, l'enfermement, la judiciarisation et le suicide.

Droit à l'autodétermination

Pour Bartoli, Gozlan et Sebai, l'autodétermination se définit comme suit : « la capacité à prendre des décisions les plus libres possibles d'influences et d'interférences, pour gouverner leur vie ». (2019, p.210). Dans le cas des individus psychiatisés, la notion revient souvent de façon négative soit par sa non-application. Dans *Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soin*, l'auteure explique que malgré l'avènement de l'ère institutionnelle dans les années 1960's, aucune disposition concernant le refus de traitement n'a prévu de mécanisme particulier jusqu'à la fin des années 1980's. (Bernheim, 2012, p.557). Pour l'auteure, « La

possibilité de choisir et, ultimement, de refuser des soins constitue la reconnaissance ultime des droits à l'inviolabilité et à l'autodétermination ». (*Idem*, p.573). Pour elle, la non-reconnaissance à l'autodétermination s'explique par une conception négative de la maladie mentale et une déduction corolaire implicite quant à l'aptitude réelle des défendeurs. En somme, les droits de la personne et de la personnalité perdent souvent contre le droit de protection des défendeurs. Plusieurs raisons expliquent cela. Premièrement, les juges ont de la difficulté à définir le concept d'inaptitude. Par ailleurs, il y aurait une absence de liens conceptuels clairs entre les principes généraux et l'autorisation de soin. Les principes généraux étant souvent tributaires de la compréhension et du sens donnée par l'intervention judiciaire (pensons ici aux policiers). Par ailleurs, l'opinion de médecin prévaudrait sur celle du juge qui, pourtant, se doit d'exercer un jugement impartial quant à l'aptitude du défendeur. Pourtant, ce n'est pas le cas. Bien souvent, le simple manque d'autocritique du défendeur quant à sa maladie mentionné par le psychiatre dans son rapport suffit au juge pour trancher en faveur du demandeur. Comme l'explique Bernheim, « Ultimement, bien que nous ne puissions pas le vérifier empiriquement, cette logique décisionnelle pourrait mener certains juges à ne pas interroger réellement l'aptitudes des défendeurs, pour se reposer seulement sur le dévouement de leur médecin traitant. » (2012, p.583). Tout cela semble bien miner le droit à l'autodétermination considérant que le « patient » paraît très peu crédible dans tout ce processus et en est écarté.

Consentement

Lors des lectures, la notion de consentement revient souvent. Pour Bernheim, la notion de consentement est un « élément central des points de vue juridique, déontologique

ou éthique en tant que processus réciproque d'échanges [et] est la pierre angulaire du rapport médecin-patient. » (Bernheim, 2012, p.588) « Il permet – ou il assure- la possibilité d'expression des opinions et des volontés, son postulat étant que tous sont réputés aptes à faire des choix concernant leur corps et leur santé. » (Bernheim, 2012, p.588). Dans le cas d'une autorisation de soin, Otero, Bernheim et Action Autonomie expliquent que « tout consentement ou refus de soins doit être libre et éclairé, ce qui signifie qu'il doit être dénué de toute contrainte induite (menace, pressions, etc.) et qu'il doit être informé. Le médecin a en effet l'obligation de divulguer toute l'information utile à la prise de décision telle que le diagnostic, la nature et l'objectif du traitement proposé, les risques, les effets et bénéfices du traitement, la procédure, la conséquence d'un non-traitement et les alternatives possibles. » (Otero, Bernheim et Action Autonomie, 2016, p.12). Outre l'autorisation de soin, le Code civil du Québec précise à l'article 10 que : « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. » (C.c.Q., art. 10). Par ailleurs, le Code stipule : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. » (C.c.Q., art. 11, 1^{er} alinéa). Un des problèmes mentionnés par Bernheim est le décalage entre soins physiques et soins psychiatriques. (Bernheim, 2012, p.573). En effet, dans les lectures, il a été possible de constater que le consentement chez les individus psychiatisés est beaucoup moins respecté que pour les autres types de patients atteints d'une maladie physique. Par exemple, tel qu'il a été rapporté par les personnes interviewées par Otero, Bernheim et Action Autonomie,

« certaines personnes affirment que si elles ne se plient pas à la prescription de telle ou telle médication, cela peut amener le médecin traitant à demander une autorisation de soins ou une garde en établissement, ce qui les dissuade de toute contestation. » (2016, p.32). Cela revient à une forme de chantage. Aussi, le fait qu'une personne soit inapte à consentir aux soins ne dispense pas les spécialistes de respecter ses volontés (Otero, Bernheim et Action Autonomie, 2016, p.12). Pourtant, il arrive souvent que le personnel médical ne tente pas d'obtenir le consentement de la personne inapte à consentir aux soins. Ainsi, il y a un manque de respect de ses volontés (à la personne considérée inapte), alors que celles-ci doivent être aux mieux respectées, ou au moins prise en compte. (Otero, Bernheim et Action Autonomie, 2016, p.13).

Loi P-38

Pour bien comprendre le vécu des individus psychiatisés au Québec, la Loi P-38 ou plutôt la *Loi sur les personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est un incontournable. Cette loi anciennement appelée la *Loi sur la protection du malade mental* a été modifiée en 1998 pour devenir celle que l'on connaît aujourd'hui. Dans le rapport du Protecteur du citoyen, plusieurs limites y sont abordées. Il faut d'abord savoir que « plusieurs intervenants, provenant de divers milieux, sont appelés à appliquer cette loi. » (Protecteur du citoyen, 2011, p.1). Nous pouvons penser aux agents de la paix, aux ambulanciers, aux avocats, aux médecins en particulier les psychiatres et aux divers professionnels des établissements en santé et de services sociaux. D'ailleurs, la Loi P-38 « prévoit les règles à respecter afin de procéder à la mise sous garde d'une personne dans un établissement de santé et de services sociaux. Cette loi à caractère

exceptionnel permet de priver temporairement une personne de sa liberté, dans la mesure où elle présente un danger envers elle-même ou autrui en raison de son état mental. » (Protecteur du citoyen, 2011, p.5). Comme la Loi P-38 est une loi d'exception qui brime la liberté d'une personne, celle-ci doit être appliquée de manière restrictive. (*Idem*, p.9). La Loi P-38 prévoit trois types de garde : la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement (aussi appelée garde autorisée). La garde préventive permet d'hospitaliser une personne pendant un maximum de 72 heures sans qu'un examen psychiatrique ne soit effectué si cette personne est jugée par les acteurs du système tels que les agents de la paix comme représentant un danger grave et immédiat. Plus précisément, l'article 8 de la Loi P-38 permet aux agents de la paix d'amener une personne à l'hôpital, mais seul un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ont le pouvoir de la garder contre son gré à l'hôpital. La garde provisoire, quant à elle, « est autorisée par la Cour du Québec, qui permet de garder une personne contre son gré à des fins d'évaluation psychiatrique, lorsqu'elle a des motifs sérieux de croire que cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. » (*Idem*, p.9) Elle consiste en deux examens psychiatriques complétés dans un délai de maximum de 96 heures. « Si les deux examens psychiatriques concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être gardée contre sa volonté pour un maximum de 48 heures. » (*Idem*, p.10). Si le tribunal a des motifs sérieux de croire que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, elle peut ordonner la garde en établissement pour une durée plus longue. Parmi les problèmes d'application mentionnés par le Protecteur du citoyen, notons : notion floue de ce que signifie « danger grave et immédiat », manquement au niveau de l'obtention du consentement préalable de l'utilisateur ou de son représentant à l'évaluation psychiatrique,

non-respect du droit à l'information, mauvais lien de collaboration entre les centres de crises et les agents de la paix, aucun règlement interne encadrant la façon dont les intervenants appliquent et rendent compte de l'utilisation des mises sous garde, non-respect par les établissements de la durée de la garde en établissement fixée par le tribunal, etc. (Protecteur du citoyen, 2011, p.17).

Dangerosité

« La pierre angulaire du cadre législatif régissant les différentes mises sous garde repose sur la notion de dangerosité. Le Code civil du Québec et la Loi P-38 font référence à cette notion. Il incombe aux intervenants et aux tribunaux d'apprécier la dangerosité que présente une personne pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. » (Protecteur du citoyen, 2011, p.16). Toutefois, « la difficulté pour eux réside dans le fait que la Loi ne définit pas cette notion. Elle réfère plutôt à deux concepts : 1- dans le cas de la garde préventive, ce danger doit être grave et immédiat; 2- dans le cas de garde provisoire et de garde en établissement, le tribunal doit avoir des motifs sérieux qui lui font croire que la personne représente un danger. » (Protecteur du citoyen, 2011, p.16). Le Protecteur du citoyen soulève que la multitude des acteurs peut créer de l'incohérence face à l'interprétation de la notion de dangerosité tout comme les notes incomplètes au dossier de l'utilisateur qui sont fondamentales dans l'établissement d'une preuve concrète de sa dangerosité. (Protecteur du citoyen, 2011, p.17). Pour Dorvil, la question de danger que suscite le malade mental varie en fonction de différentes variables. La question de tolérance dépendante à celle de dangerosité sera différente à l'égard d'un homme portant la maladie mentale qu'à l'égard d'une femme. L'« homme fou serait dangereux, violent et agresserait

les autres, alors que la femme serait désespérée, retournerait sa folie contre elle-même en se suicidant, susciterait la pitié au lieu d'inspirer la peur. » (1987, p.59). Par ailleurs, la classe sociale serait une variable importante. En effet, pour l'auteur, et selon ses recherches, les riches auraient tendance à adopter une idéologie sécuritaire et à voir « dans la population des marginaux, des éléments de danger public. » (Dorvil, 1987, p.58). Le peuple, quant à lui, serait plus enclin à la tolérance à l'égard du malade mental adoptant des maximes tels que : « Il faut prendre les gens comme ils sont, chacun a le droit de vivre, le soleil brille pour tout le monde » (Dorvil, 1987, p.58)

Entourage et milieu de vie

La famille et plus largement l'entourage de l'individus psychiatisés est un élément abordé dans plusieurs recherches. Dans certains cas, on aborde le fardeau qui pèse sur les épaules de l'entourage de la personne aux prises avec un problème de santé mentale. Dans d'autres recherches, on y aborde l'ambiguïté que ressent l'individu psychiatisé envers sa famille. Pour Bonin et al., le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec a évolué dans le temps. Les auteurs distinguent trois types de rôle que joue la famille, soit celui de client, d'accompagnateur et de partenaire basé sur le modèle CAP. Au début du XX^e siècle, la famille était perçue comme responsable des désordres psychiatriques. (2014, p.162) Puis, peu à peu la famille a été perçu comme réagissant au trouble mental d'un de ses membres sans nécessairement en être le système responsable (2014, p.163). À l'ère de la désinstitutionnalisation dans les années 60, des recherches s'intéressent au stress vécu par les familles qui prennent en charge un de leur ayant un trouble de santé mentale. Ce mouvement va amener la création d'association de parents

pour finalement amener le système de santé à concevoir la famille comme un incontournable dans le rétablissement des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Toutefois, comme le rapporte les auteurs : « Les recherches portant sur le sentiment de fardeau vécu par les membres de la famille et les émotions révèlent une contradiction importante : la famille et la communauté sont considérées comme le milieu de vie de prédilection pour un retour ‘à la vie normale’, alors qu’elles seraient également un facteur prédisposant aux décompensations de la maladie. » (2014, p.165). Ce constat de Bonin et al. se retrouve aussi dans *L’impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires des personnes utilisatrices des services d’Action Autonomie* d’Otero, Bernheim et Action Autonomie. Dans leur recherche, la majorité des participants affirmaient avoir un certain soutien de la famille immédiate, mais que cette relation avec la famille ne va pas sans une certaine souffrance pour les participants. (2016, p.16). Les auteurs soulèvent plusieurs points dont le fait que « l’hospitalisation forcée peut modifier négativement le rapport entre la personne hospitalisée et sa famille. » (2016, p.18). Pour aller plus loin, l’approche systémique nous éclaire sur l’importance de la famille et de l’entourage de l’individu psychiatriqué. Pour Kivits, Thémines et Rohmer, l’approche systémique en psychiatrie permet de « considérer l’être humain comme englobé dans un système qui l’englobe (couple, famille, institution, réseau social) et comporte une organisation dynamique spécifique répondant à un rythme évolutif et des règles de fonctionnement qui lui sont propres. » (2018, p.490) Ainsi, la famille et l’environnement apparaissent importants lorsqu’une hospitalisation arrive et les auteurs suggèrent qu’il y ait un entretien entre la famille et le patient dès que l’état psychique de celui-ci le permet

(2018, p. 491). « Qui plus est, en permettant la reconnexion du patient à la réalité environnante, la rencontre peut contribuer à sa reconstruction psychique » (2018, p. 491).

Stigmate de la maladie mentale

Pour Massé et T.-Brault, le stigmate de la maladie mentale est une forme d'étiquetage négative appliqué sur l'individu qui vient effacer les autres aspects positifs de sa personne en ne se concentrant que sur « un trait généralisé mais qui a la propriété symbolique d'être attribué à l'ensemble de la personnalité. » (Massé et T. Brault, 1979, p.77). En se basant sur une approche interactionniste, les autrices expliquent qu'en soit l'acte individuel ne suffit pas à caractériser une personne de malade mental. C'est en interaction aux autres et en se confrontant aux normes que la personne acquiert cette identité dite négative. « Cette image traditionnelle stéréotypée 'maladie mentale' devient la base de son nouveau rôle social dans lequel il sera maintenu par le contrôle informel (groupe primaire) et formel (groupe secondaire) accompagné de diverses sanctions. » (Massé et T. Brault, 1979, p.76). Par ailleurs, « Non seulement l'expérience de la maladie mentale est stigmatisante, mais indépendamment de la gravité de la maladie (stabilisation, aggravation, guérison), le simple fait d'avoir séjourné dans une institution psychiatrique marque en soi l'individu d'un stigmate aussi fort que celui laissé par la maladie. » (Massé et T. Brault, 1979, p.79). Ce stigmate déforme aussi la perception qu'ont les individus d'eux-mêmes. Ils deviennent prisonniers de l'image négative qui leur est renvoyée par la société. (Massé et T. Brault, 1979, p.80). Pour Brown, il est nécessaire dans le monde médical d'étiqueter l'individu aux prises avec des problèmes en santé mental en trouvant

un diagnostic pour « organiser » la maladie et permettre le traitement efficace. (Brown, 1995, p.39) Comme l'explique Brown: « Diagnosis locates the parameters of normality and abnormality, demarcates the professional and institutional boundaries of the social control and treatment system, and authorizes medicine to label and deal with people on behalf of the society at large. » (Brown,1995, p.39). L'étiquetage est, donc, une forme de contrôle nécessaire dans le monde médical et l'individu psychiatrisé n'y échappe pas.

Effet de la porte tournante

L'effet de la porte tournante est un phénomène résultant du mouvement de désinstitutionnalisation dans les années 60. Il s'agit du phénomène des réadmissions à l'hôpital. Pour Dorvil, cela s'explique par le manque de suivi en clinique externe, le manque de service de soutien, l'insuffisance de réévaluation des prescriptions médicamenteuses, l'instabilité résidentielle et le manque de place à l'hôpital. (Dorvil, 1987, p.80). Comme l'auteur le dit : « En effet, tant que le dysfonctionnement biologique ne se manifeste pas sur le plan social (troubles avec la famille, le voisin, le quartier, l'employeur, etc.), l'individu n'est pas reconnu malade et n'est pas forcé de consulter. » (Dorvil, 1987, p.82). L'effet de la porte tournante est, donc, une résultante d'un manque de suivi de la communauté voire d'un désengagement. Dans *Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes*, Gaucher nous donne une piste de solution pour concevoir autrement l'intervention des différents acteurs dans la prise en charge des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Pour lui, cela commence avec le fait de concevoir la maladie mentale comme une situation existentielle : « la chronicité qui caractérise les maladies mentales [...] provient du fait que le processus de la maladie

est inscrit dans le temps, sous la forme d'un déroulement, d'ailleurs continu, et ne constitue pas un ensemble d'événements isolés les uns des autres comme le sont les maladies brèves. » (Gaucher, 1987, p.130). Dans un autre article, Gaucher (1985) parle aussi du syndrome de la porte tournante. Pour lui, « le réseau de services n'est pas actuellement complété de manière à assurer la continuité des services. » (Gaucher, 1985, p.42). Par ailleurs, « Le travail multidisciplinaire, issu de la volonté de complémentarité professionnelle, n'est pas toujours une réussite, dans ce champ où l'absence de consensus fait en sorte que chacun peut chercher à se substituer à l'autre. » (Gaucher, 1985, p.42).

Judiciarisation

Pour Gaucher, « les services eux-mêmes peuvent se transformer vers des solutions plus extrêmes, telle la prison » (1987, p.132). Il continue en disant : « La protection légale accordée aux malades mentaux peut en retour inciter les services socio-sanitaires à recourir au système judiciaire pour forcer le traitement ou l'internement » (Gaucher, 1987, p.132). Par ailleurs, comme l'explique Bureau, Roy, Gendron & Millaud, « la loi ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital; un acte répréhensible à l'extérieur de l'hôpital demeure tout aussi répréhensible à l'intérieur de l'hôpital. » (2001, p.206). Pour ces auteurs, les malades mentaux ne sont pas plus dangereux que le reste de la population. Toutefois, il y aurait eu une augmentation de la violence chez les patients psychiatriques en raison, entre autres, de la façon dont certains comportements déviants ont été redéfinis « comme étant des indicateurs de maladie mentale pouvant nécessiter une hospitalisation et un traitement psychiatrique. » (2001, p.203). Ainsi, plus de gens avec antécédents judiciaires se retrouvent à l'hôpital. Par ailleurs, bien que plusieurs « déviants » soient redirigés vers

l'hôpital suite à leurs actes délictuels lors d'une crise, ils peuvent se retrouver à être judiciairisés une fois leur état mental plus stable, car « il n'y a pas de lien automatique entre un diagnostic de maladie mentale et la non-responsabilité criminelle d'un acte délictueux au sens de la loi. » (2001, p.205). Ainsi, l'hôpital et la prison ne sont pas deux réponses exclusives l'une de l'autre face à un individu aux prises avec un problème de santé mentale qui commet un acte délictuel. Le patient psychiatrique n'est pas immunisé de devenir « le criminel ». Par ailleurs, les deux étiquettes (malade mental et criminel) vont souvent ensemble.

Enfermement

Pour Gaucher, « il apparaît que le passage à l'hôpital a des conséquences sur la vie ultérieure, entraînant une perte de compétences sociales principalement sur le plan de l'emploi et de la vie sociale » (1987, p.131) Il a été prouvé que « La présence d'asiles a pour sa part comme effet de concentrer la clientèle et d'alourdir ainsi la morbidité d'une région. C'est en effet le propre d'une pratique d'enfermement que de constituer une clientèle chronicisée et déracinée qui est d'autant plus difficile à réinsérer socialement » (Gaucher, 1985, p.47).

Suicide

Le suicide est une dimension de la dangerosité qui amène plusieurs individus à être hospitalisés de force, à être médicamentés contre leur gré et à subir plusieurs types de violence. Parmi les individus psychiatisés, on retrouve donc le profil du suicidaire. Pour Baril, « Des mécanismes à la fois matériels et idéologiques sont en place pour

remoraliser/culpabiliser, surveiller/criminaliser/punir et pathologiser/paternaliser les personnes suicidaires, les empêchant de parler ou de passer à l'acte, tout en les stigmatisant, les marginalisant et les discriminant. » (2018, p.191). Pour l'auteur, aucun modèle actuel (approche médical, sociale ou biopsychosociale) n'arrive à sortir de cette dynamique de la punition envers les personnes suicidaires. Selon lui, l'injonction à la vie et à la futurité empêche de faire preuve d'une écoute active et libre envers ces personnes et nous fait tomber dans une logique de surveillance. (2018, p.190). Les deux modèles dominants seraient, pour Baril, le modèle médical et le modèle social. « Le modèle médical conceptualise les handicaps comme des pathologies individuelles à traiter et guérir » assimilant souvent l'individu aux structures dominantes et oubliant les oppressions structurelles que peuvent vivre les personnes suicidaires (Baril, 2018, p.195) Le modèle social, quant à lui, conçoit les handicaps comme résultant « des structures et de l'organisation des sociétés qui offrent des environnements peu ou pas adaptés pour les personnes ayant diverses incapacités et conditions. » (Baril, 2018, p.195). La limite principale du modèle social est qu'il « a tendance à négliger l'expérience subjective à partir de la croyance selon laquelle une société qui serait adaptée aux diverses (in)capacités éliminerait toute forme d'handicap » (Baril, 2018, p.196). Dans *Introduction: Prise en charge du suicide : entre crime, troubles mentaux et droit de mourir*, les auteurs expliquent que pendant longtemps le suicide était considéré un crime. Puis, « Avec les efforts notamment des familles et des autorités judiciaires et médicales, le suicide sera de plus en plus associé à un moment de folie ou à un problème de santé mentale » (Perreault, Cauchie & Corriveau, 2018, p.8). Ainsi, comme on peut le comprendre les personnes suicidaires

n'échappent pas à une forme de contrôle de la part du reste de la population. Ils doivent être pris en charge et pour beaucoup cela passe par le système hospitalier.

1.2 Résultats et pistes issues de la revue de littérature

La recherche exploratoire n'a permis de rendre compte que très partiellement du vécu des individus psychiatisés. Elle a surtout permis de se rendre compte des contradictions au sein du système hospitalier. Suite à la lecture, on peut se poser quelques questions. Comment apporter une aide thérapeutique dans un cadre si strict et liberticide? Comment concilier les droits de la personne à disposer de son corps tout en voulant la sécurité et la protection de tous? Qu'est-ce que la dangerosité et comment se mesure-t-elle? L'individu psychiatisé peut-il choisir par lui-même ce qui est le mieux pour lui? Les personnes qui passent par un tel processus intériorisent souvent le stigmate de la maladie mentale, mais que signifie réellement pour eux la maladie mentale? Se considèrent-elles malades ou pensent-elles qu'il s'agit simplement d'un accident de parcours?

D'après les lectures, les individus psychiatisés font face à plus d'obstacles après leur sortie de l'hôpital pour trouver un logement, subvenir à leurs besoins, trouver un emploi et dans leurs relations interpersonnelles. Ils sont plus à risque de judiciarisation, de revivre une hospitalisation et d'itinérance. Les recherches s'intéressent souvent à la vie post-hospitalisation des individus psychiatisés et c'est bien compréhensible. Cela permet au système hospitalier et plus largement à la société de s'adapter pour optimiser les services. Toutefois, qu'en est-il de l'avant? Bien souvent, dans la recherche exploratoire,

il a été difficile de comprendre le vécu de ces individus avant leur entrée dans le système hospitalier. Une recherche nous a montré que le recours à l'hospitalisation avait changé au fil du temps et que de plus en plus de personnes avec des antécédents judiciaires ou à risque de commettre des actes délictuels violents entraient par cette porte plutôt que par celle du système carcéral. Toutefois, cela est contradictoire considérant que d'après les lectures, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ne sont pas plus dangereuses que le reste de la société. Cette contradiction montre peut-être la façon dont l'on dépeint souvent ces individus, soit d'être un danger. Il pourra être intéressant de sonder auprès des participants de cette recherche si, effectivement, ils ressentent la peur des autres et ont l'impression d'être perçus comme dangereux. Quant au suicide, y aurait-il des traces judéo-chrétiennes dans la façon de condamner les personnes ayant des pensées suicidaires pour en venir à les enfermer de la sorte? Comment concilier l'aspect neurobiologique (la maladie) du contexte social? Dans cette question réside aussi le problème de la porte tournante mentionnée dans la recherche exploratoire. Le suivi dans la communauté se fait avec difficulté et la pluralité des acteurs impliqués vient souvent tirer l'individu dans un sens et dans un autre en raison du manque de concertation. Le contexte social semble souvent évacué pour ne faire place qu'à l'aspect neurobiologique à traiter. Pourtant, une personne peut vivre dans sa vie une crise sans que cela ne soit relié à une maladie précise qui le suivra toute sa vie. Alors, dans ce cas, comment distinguer la crise, les symptômes et la maladie chronique? Est-ce concevable dans notre société actuelle de traiter une crise plutôt que de diagnostiquer à vie ou est-ce préférable de trouver un diagnostic plus tôt pour prévenir la crise? Et si, ce qu'on prévenait était à la personne de s'exprimer librement et de vivre de façon non-conforme? Quelles sont nos limites de l'acceptable?

« Si la folie est une maladie du cerveau, elle peut n'avoir aucun contact avec notre expérience personnelle au-delà de la peine qu'elle suscite en nous. Mais si elle est un événement existentiel douloureux et lacérant, elle se rapproche trop dangereusement de « notre normalité », de notre normalité aliénée, pour ne pas être perçue comme inquiétante et angoissante. » (Onnis, 2002, prgr. 40).

Ainsi, la façon de traiter les autres et de catégoriser certains comportements permet de nous éclairer sur le type de société dans laquelle nous vivons. Par ailleurs, très peu de recherches se sont intéressées à la perception des individus psychiatisés sur ce processus d'exclusion. Dans le cadre de cette recherche, nous voulons aller au-delà des « diagnostics » posés par les chercheurs quant au profil de la clientèle de l'hôpital psychiatrique. Nous croyons que les individus psychiatisés, nos participants à la recherche, sont les propres experts de leur vécu.

1.3 Opérationnalisation des concepts

Le processus que nous suivons dans le cadre de cette recherche ne nous permet pas d'opérationnaliser des concepts avant de mener nos entretiens et d'en faire une analyse de récits. Nous expliquerons dans la phase méthodologique pourquoi il en est ainsi.

1.4 Questions de recherche

Notre question de recherche est la suivante :

Au Québec, quelles expériences font les individus psychiatisés de la mise en application de la Loi P-38?

Nous avons choisi de nous concentrer sur la Loi P-38 pour bien saisir l'avant, le pendant et l'après d'une hospitalisation forcée sur le vécu de ces individus. Le terme d'individus psychiatisés nous semble le plus approprié pour parler de ces individus

uniques qui peuvent avoir ou pas une maladie, peuvent ou pas être dangereux, etc. Cela permet, aussi, d'exclure les autres personnes qui peuvent être directement ou indirectement touchées par la Loi P-38 comme la famille et les ami(e)s de l'individu psychiatrisé. Par ailleurs, certains termes comme celui de « malade mental » ou « fou » possèdent une connotation déjà fort péjorative que nous ne voulons pas imposer à nos participants. De l'autre côté, celui de « patient » et « d'usager » nous semble faire fit de la violence et parfois le manque de consentement auquel font face ces individus pris dans ce processus. Le terme d'individus psychiatrisés a été utilisé par le passé par Franco Basaglia, fameux psychiatre italien qui lutta pour la désinstitutionnalisation. Pour lui, il s'agissait de rendre compte que ces personnes sont avant tout des êtres humains dignes de respect et d'écoute. « Et c'est avec une indignation similaire qu'il dévoile la destruction progressive que l'asile psychiatrique produit sur le malade : au moment où il franchit les murs de l'internement, écrit Basaglia (1968), le malade est introduit dans un espace qui, né à l'origine pour le soigner, semble de fait, paradoxalement, un lieu construit pour anéantir complètement son individualité, pour faire totalement de lui un objet » (Onnis, 2002, paragr.5). Cette constatation est un fait encore d'actualité pour nous aujourd'hui d'où l'appellation « individus psychiatrisés ». Il s'agit ici de redonner l'humanité à ces individus souvent dérobés de tout pouvoir tant en rendant compte du processus par lequel ils passent. La question est aussi formulée pour accueillir la pluralité des expériences de nos participants et ne pas prendre pour acquis qu'ils en font une interprétation unique. Nous avons abordé l'hospitalisation forcée dans l'effet que produit la Loi P-38, mais son application comprend aussi tout le processus judiciaire derrière, ce que nous voulons prendre en compte d'où la formulation faite telle qu'énoncée plus haut. Nous avons aussi centré notre recherche au

Québec et plus particulièrement sur cette dite loi, car le système hospitalier varie grandement d'un pays à l'autre ou du moins c'est ce que nous pensons. Cette question pose un problème de nature scientifique. En effet, mieux appréhender et comprendre le vécu des individus psychiatisés aura l'avantage de sortir du cadre strictement légal de la loi et des discours dominants promus par les instances décisionnelles. Tel qu'abordé plus haut, il y a encore très peu de recherche dite qualitative sur le sujet, en particulier au Québec.

1.5 Problématique

Comme nous l'avons abordé précédemment, il y a un certain nombre de recherches qui s'attardent à optimiser les services en santé mentale en traçant le portrait le plus fidèle de la clientèle psychiatrique et en impliquant la famille dans le processus. Beaucoup d'attention est porté sur le moment de l'hospitalisation et sur l'après, mais très peu sur l'avant. Pour comprendre l'avant, cela nécessite de sonder les personnes ayant vécu l'hospitalisation ou bien de faire des prédictions suite aux données recueillies sur les individus psychiatisés une fois à l'intérieur. Pour nous, il semble primordial d'aborder cet « avant » pour comprendre en quoi leur trajectoire de vie peut potentiellement changer suite à une hospitalisation forcée et pour surtout saisir l'enjeu d'être hospitalisé de force dans la façon qu'ont les individus de se définir. Nous, avons, vu que beaucoup de recherches sont critiques vis-à-vis l'enfermement, mais au final, nous considérons que la façon de vivre l'hospitalisation forcée peut varier d'un individu à l'autre. Par ailleurs, la Loi P-38 prévoit différents types de garde qui impliquent des gardes de courte durée et des gardes de plus longue durée. Cela aura une incidence sur la personne et influera certainement nos résultats quant à l'effet de la Loi P-38. Par ailleurs, outre l'enfermement,

il y a tout un processus en branle qui amène l'individu psychiatrisé à vivre une forme de judiciarisation (aller à la cour, etc.). Cet aspect ne doit pas être négligé non plus.

2. Phase méthodologique

« C'est que parler méthodologie, c'est parler de la façon dont nous observons la réalité, de la manière dont nous la décrivons et des moyens que nous employons pour créer et organiser nos descriptions et nos explications de phénomènes sociaux. » (Gaudet et Robert, 2018, p.2)

2.1 Paradigme

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi le paradigme constructiviste. Choisir son paradigme permet d'appréhender le monde et la réalité à travers des lunettes conceptuelles. Dans le cas du paradigme constructiviste, le chercheur co-construit un narratif avec le participant pour faire sens d'une situation donnée, dans ce cas-ci, celle de l'hospitalisation forcée et de la mise en application de la Loi P-38. Cette posture épistémologique nous semble la plus appropriée pour étudier notre problématique. Elle permet de sortir du rapport de force entre le chercheur et les « sujets » et favorise le dialogue comme co-constructif de sens. Ainsi, nous ne cherchons pas à confirmer ou infirmer des hypothèses préalablement établies au travers des réponses de nos participants. Il s'agit plutôt de faire sens de l'hospitalisation forcée au travers du récit qu'en fait nos participants et de comprendre leur trajectoire de vie. Nous pouvons dire qu'il s'agit, donc, d'un processus itératif plutôt que linéaire que nous suivons. Par cela, nous entendons qu'il y a un va-et-vient constant entre le matériel empirique et l'interprétation théorique qui en est faite. La preuve est que nous choisissons un cadre théorique pour interpréter le récit de nos participants tout en sachant, qu'en fait, c'est leur récit lui-même qui sera porteur de réponses. En fait, adopter l'approche constructiviste permet de ne rien prendre pour acquis et de laisser toute la marge à nos participants pour créer leur réalité. Cela se veut un affront

au monde médical qui exerce souvent une pression considérable sur les individus psychiatisés à leur imposer une réalité dite objective et vrai du monde qui les entoure. Nous croyons que nul ne sait mieux que lui-même dans quel monde il vit. Selon nous, leur perception est très importante pour contrebalancer le discours hégémonique sur la santé mentale. Il est même essentiel. Le but du chercheur n'est donc pas d'imposer sa vision au participant. Il part avec le postulat de ne pas savoir. Il n'est ici que pour guider le participant dans sa quête de sens. Bien entendu, les choix de mots seront très importants, car ils peuvent influencer le participant. Une remise en question est donc nécessaire et il faut permettre à tout moment au participant de reformuler les questions du chercheur si nécessaire. Il faut aussi noter que le chercheur n'est pas totalement neutre car, au final, il propose une interprétation de l'expérience vécu suite à son analyse de récit d'où le terme de « co-construction ». Le chercheur participe activement à la production de connaissance et les participants, quant à eux, sont leur propre expert et détiennent aussi un savoir.

2.2 Justification des stratégies de collecte utilisée

En ce qui concerne la collecte de donnée, nous avons opté pour un appel à tous sur les réseaux sociaux. Une des raisons principales de ce choix est le manque de temps et la rareté des participants qui veulent se prêter au jeu. Nous cherchons à atteindre le plus de personnes possibles dans un court laps de temps. Les réseaux sociaux ont l'avantage de diffuser rapidement les informations et de permettre le partage et le bouche-à-oreille.

2.3 Guide d'entretien

(En annexe 5.1)

2.4 Considérations éthiques liées à la réalisation de notre projet

Le choix de notre sujet de recherche est pertinent dans la mesure où il permet d'appréhender le vécu des personnes ayant fait face à l'hospitalisation forcée par le biais de l'application de la Loi P-38. Notre but est de questionner le discours dominant de la santé à l'égard de ceux que nous avons choisis de nommer « individus psychiatisés ». Comme il s'agit de mener des entretiens semi-dirigés avec nos participants, il faut accorder une importance au consentement éclairé et s'assurer de préserver leur anonymat. Bien que la recherche soit faite dans le cadre d'un projet lancé par PLAIDD-BF situé à Rimouski, nous avons décidé d'étendre notre sélection de participants à l'ensemble du Québec. Ainsi, il est plus difficile de reconnaître la personne interviewée, soit les participants aux profils multiples et ayant chacun leur vécu particulier. À Rimouski même et considérant que certains acteurs du milieu hospitalier auront accès à cette recherche, nous avons préféré cacher certaines informations comme le nom complet des participants et certains lieux ou noms de médicaments. Quoiqu'il en soit, nous pensons que l'objectif sera tout de même atteint et que les informations véhiculées malgré ces modifications resteront pertinentes. Maintenant, notre souci d'éthique se vit tout au long du processus de recherche que ce soit à l'égard de la communauté scientifique, de nos participants ou de la société plus globalement. Nous avons évité de travailler avec des mineurs en raison de la vulnérabilité de cette population et parce que les règles diffèrent par rapport à une population adulte. Pour rétablir dans la mesure du possible l'équilibre entre chercheur-participant, nous avons décidé de rester en contact tout au long du processus de création du rapport de recherche et les résultats partiels leur ont été remis avant la publication officielle du rapport. Leur opinion a été prise en compte lors de la rédaction du rapport de recherche, mais nous avons

tout de même gardé une distance pour le bien de la recherche. Par ailleurs, nous avons jugé important de faire un entretien téléphonique avant chaque entretien enregistré. Par ailleurs, les entretiens enregistrés ont été fait par le biais de l'application Zoom pour permettre aux participant(e)s de changer leur nom si désiré et vice versa. Cela a aussi permis d'éviter du déplacement et des dépenses supplémentaires.

Maintenant, place à l'analyse!

3. Résultats

La partie des résultats est sous forme littéraire. La ligne directrice est celle suivie par le questionnaire. Nous procéderons, donc, à donner les résultats rassemblés parmi tous les participants à chaque question considérant que le questionnaire s'est structuré sur l'avant, le pendant et l'après hospitalisation. Bien entendu, quand il s'agit de la vie d'individus, rare sont ceux qui procède par étapes continues. Bien souvent, il y a un aller-retour entre le passé, le présent et le futur dans la construction de son récit de vie. Toutefois, certains éléments mentionnés permettent bel et bien de recréer une certaine linéarité dans le vécu des individus psychiatisés. Au total, nous avons recueillis les témoignages de 11 participants(es). Les voici.

Avant

Quand nous abordons le parcours de l'individu psychiatisé, la majorité des participants abordent en premier lieu leur milieu familial. Ce qui les a forgés, avant tout, en tant que personne, est leur famille. La famille joue un rôle tout au long de leur vie et comme nous le verrons plus loin peut être source d'un certain conflit intérieur chez nos participants. La majorité ont vécu une enfance paisible, puis, suite à leur(s) hospitalisation(s), il y a eu un retournement. La famille est devenue source de crainte chez l'individu psychiatisé en raison du rôle qu'elle joue souvent dans l'hospitalisation forcée. Cet extrait de notre participante #1 explique bien l'ambiguïté quant aux sentiments nourris à l'égard de sa famille :

« Ce qui m'a forgé c'est quelque chose que j'ai pas envie de dire. Ce qui m'a forgé c'est ma famille avant tout. Puis, pour moi la famille c'est un peu ambigu mes relations avec elle parce que on a eu beaucoup de conflits, des mésententes. Ce que j'ai vécu, par exemple, plus récemment avec la Loi P-38 m'a amené à peut-être

leur faire moins confiance. Mais si je suis pour me projeter plus en arrière puis faire une introspection sur ce qui m'a marqué en tant qu'individu je vous dirais c'est ma famille en premier lieu. Pourquoi? Parce que la famille c'est celle qui t'inculque des valeurs, qui t'ouvre les yeux sur le monde extérieur, qui te permet de connecter aux autres, qui t'apprend à communiquer. Donc, pour moi, mon entrée dans ce monde-ci c'est fait par l'entremise de ma famille que j'aime beaucoup. » (participante #1)

Pour certains, toutefois, la famille a dès le départ mis de l'avant ce qui adviendrait plus tard et jeté les bases d'une vie sujette aux fragilités émotionnelles. Deux de nos participantes ont vécu un événement majeur, le suicide d'un parent, à un très jeune âge. Ce traumatisme, elles l'ont intériorisé durant leur enfance et ce n'est qu'à l'adolescence que des *flashbacks* sont survenus et que leur santé mentale en a été affectée.

« Tsé, le suicide de mon père à 9 mois, je sais pas ce que ça fait, mais ça fait qu'on a un long souffle. On peut fumer, parler sans boire d'eau pendant name it le temps. On peut s'imaginer quelque chose, un idéal. Je demande à personne d'être cet idéal-là, mais quand même, ça nous pousse à être meilleur dont moi, dont les autres. Le fait de pas avoir de père, non seulement j'ai voulu l'incarner ce père-là, tsé, dans ma, dans ma dérape, j'ai voulu l'incarner. » (participante #10)

Par ailleurs, bien que la majorité de nos participant(e)s proviennent de classe moyenne et d'une famille dite conventionnelle, une participante a, quant à elle, eu une enfance moins privilégiée. Issue d'une famille de 5, elle précise avoir vécu de la précarité financière dès le début de sa vie et y mentionne de la violence. Le rôle qu'a joué sa famille dans la formation de son identité l'a amené à vivre beaucoup de souffrance et à devoir prendre des responsabilités très tôt. Elle le raconte ainsi :

« Ben à vrai dire, mon parcours a quand même été en montagne russe. Je peux l'expliquer ainsi. Je viens, d'abord, d'une famille de 5 enfants. Le premier enfant a été très malade, donc euh... Mon frère qui a 1 an et demi de différence avec moi environ a vraiment été très malade. Donc, moi je suis née et mon frère était encore à l'hôpital. Pi avec tous les malheurs qui sont arrivés pi sa naissance, il est resté

avec une déficience intellectuelle. Donc, après ça, ma moyenne sœur est arrivée pi y'a eu la naissance des jumeaux. Et euh... Donc, toute mon enfance a été très difficile. Moi je le savais pas, mais ma mère était malade surtout après la naissance des jumeaux. Tsé, ma mère est quand même corpulente et s'est rendu à 110 livres avec raison. Tsé, elle avait 5 enfants en bas de 10 ans à 28 ans à sa charge dont deux jumeaux et un avec une déficience intellectuelle. Donc, tout ça a été très difficile pour le moral. Mon père était pas quelqu'un qui était présent. Il travaillait tout le temps. Donc euh... J'ai eu une enfance très difficile qui a été vécue dans la violence autant psychologique que physique de la part de mère, mais également mon père et ma grand-mère. » (participante #7)

Le rôle que joue la famille n'est pas négligeable dans la formation de l'identité de toute personne. Toutefois, ce qui est intéressant dans le discours de nos participants est l'image qu'ils s'en font présentement, après avoir vécu leur(s) hospitalisation(s). Certains sous-entendus concernant la famille nous font comprendre que le/la participant(e) tente d'expliquer les causes de sa condition actuelle à partir, parfois, de traits de caractère de ses parents, de la génétique, de l'éducation, de la socialisation, etc. Pour nos participants, la famille joue un rôle et explique parfois ce qui les a amenés à vivre une crise, à avoir un problème de santé mentale ou à être hospitalisé. Il ne faut pas, cependant, penser que les participants attribuent tous les torts qu'ils ont vécu à leur famille. Il s'agit plutôt de le voir comme des éléments importants, pour eux, dans leur parcours de vie. Il y a de la nuance. Comme l'explique participant #5 :

« C'est sûr que j'avais une propension à l'avoir ce vide-là dès que je suis né, mais mes parents l'ont vraiment rendu ben vide. Feck tsé, je sais pas à quel point c'est juste à cause de mes parents, aussi. Parce que tsé y'a des choix que j'ai fait à l'adolescence. Mes parents m'ont pas fait prendre de l'acide pi mes parents m'ont pas mis des champignons magiques dans gueule. Mes parents m'ont pas... Tsé, j'ai une partie de responsabilité... » (participant #5)

Ensuite, bien que la plupart des participant(e)s abordent dès le début de l'entretien le rôle formateur qu'a eu la famille dans leur identité ou vont le faire au cours de l'entretien, il

faut noter que plusieurs ne commenceront pas par celle-ci. En deuxième, la réponse la plus souvent donnée pour parler de ce qui les a forgés en tant qu'individu est leur parcours scolaire. Une grande place est accordée au parcours scolaire chez nos participants. La participante #6 commencera ainsi :

*« Mon parcours de vie et les éléments qui m'ont forgé... Euhm... Ben, je vais... Euhm... Ok. Je pense spontanément à mes premiers défis importants dans la vie quand on parle de mon parcours de vie. Ça me fait penser quand j'étais plus jeune au Cégep pi que j'ai été renvoyée d'une école. Ça été vraiment difficile. Ça été vraiment lourd pour moi. Le fait de vivre du rejet. Ben, je l'avais vu comme du rejet. C'est un premier élément. C'était un projet que je portais depuis très longtemps dans ma jeunesse aussi pi qui était fort pour moi. J'y croyais. J'y tenais mordicus. »
(participante #6)*

Par ailleurs, elle reviendra plus tard sur l'expérience transformatrice qu'a été l'Université sur sa personne. Quant à lui, le participant #3 racontera longuement son parcours scolaire pour expliquer qu'il est devenu. À savoir, le parcours scolaire, bien que marquant dans l'identité de l'individu psychiatrisé, l'amène aussi bien souvent à questionner le système de santé. Beaucoup utiliseront leur formation scolaire et savoir pour remettre en question le dogme de la santé et la compétence des professionnels.

*« Tsé, moi, j'ai eu du coaching pour faire de l'intervention. Tsé t'as le psychologue à côté de toi qui te dit : « Ouin, quand tu dis ça, pour vrai? Pi là? Pi là? » Tsé, tu te fais remettre en question. Y'ont pas ça les psychiatres. C'est une formation en médecine. C'est totalement cave. Regarde. Ben en tout cas... C'est discutable. Selon moi, c'est pas assez particulièrement quand ils ont affaire à des sujets plus complexes que eux-mêmes ne comprennent pas ben ça implique... Tsé, ils pensent juste en terme de maladie mentale alors que la personne est plus complexe. »
(participant #3)*

« Moi, j'ai étudié en éducation spécialisée pi j'ai travaillé en psychiatrie avant d'arriver là. Dans le fond, j'ai travaillé dans un institut psychiatrique avant d'être hospitalisée pour la première fois. Je voyais des choses, des gens qui ont été emmenés en psychiatrie pi de mon point de vue y'a eu une grosse montagne qui a

été fait par incompétence des infirmières parce qu'elles n'ont pas su voir les signes, écouter comme il faut, se rendre compte qu'elles ne comprenaient pas, être prêtes à admettre qu'elles ne comprenaient pas. Feck, si quelqu'un dit quelque chose pi on ne comprend pas pi on continue de faire comme si on comprenait ben ça fait des escalades pi les gens se ramassent avec 4 agents de sécurité... Ça aussi ça teinte. » (participante #8)

Parler de son parcours scolaire permet aussi aux participant(e)s de se normaliser. On peut le constater dans l'extrait suivant de notre participante #3 et de notre participante #11 :

« J'ai fait mon Cégep en sciences humaines avec math. J'ai fait comme les autres ados. J'avais rien de spécifique ben ben différent des autres. Puis j'ai eu des copines. Pi ça foire comme c'est le cas à ce moment-là. Rien de trop sérieux. Des fois tu l'es mais l'autre l'est pas, mais bon. Rien de majeur à signaler. » (participant #3)

« J'ai fait des études, aussi, toute ma vie. Ça serait long à dire tous les diplômes que j'ai, mais j'ai fait 8-9 ans d'université certain. J'ai fait une DEP, dernièrement, en élagage. Donc, je suis arboricultrice maintenant. » (participante #11)

Ensuite, une question concernant l'avant, le pendant et l'après à l'hospitalisation a été émise par la chercheure pour comprendre chez le/la participant(e) comment il/elle structure dans le temps cet événement. Plusieurs ont mentionné un avant très rapproché dans le temps en évoquant leurs symptômes ou les événements qui précèdent leur hospitalisation. Cela se retrouvera dans la seconde partie des résultats. Pour ce qui est des autres participant(e)s, ils ont évoqué plus vaguement un ressenti général tel qu'on peut le voir dans cet extrait :

« Le « avant » tu penses qu'ils peuvent t'aider. Le « pendant », ben là, t'es comme dans la tempête pi le « après » ben tu te rends comptes que t'es pas mal laissé à toi-même et que y'a personne qui va vraiment t'aider dans la vie. » (participant #5)

Pendant

Les éléments déclencheurs de l'hospitalisation varient grandement d'un(e) participant(e) à l'autre. Pour plusieurs, ce qui explique leur hospitalisation n'a rien à voir avec la notion de dangerosité. La grande majorité ne se considérait pas dangereux à l'exception de la participante #2. Les éléments déclencheurs peuvent être en lien avec des symptômes qui apparaissent (désorganisation, manie, idées suicidaires, etc.). C'est le cas de la participante #6 :

« Avant, ben 2 jours avant je me suis mise à pas bien aller pi deux jours après j'étais hospitalisée. Avant, moi, je faisais juste penser qu'on me transmettait des messages par la musique qu'on m'envoyait, le type des chansons... Euh à un moment donné, je suis allée voir une conférence. Je pensais que le powerpoint s'adressait à moi. Je me souviens d'avoir pleuré beaucoup, d'avoir capoté pi de pas m'avoir souvenu ce qui arrivait, mais avant ce moment-là, qui était 2 jours avant l'hospitalisation, j'allais quand même bien. Oui, j'avais de la difficulté à me concentrer sur mes travaux. Oui, il fallait que je fasse beaucoup de sport et de yoga pour maintenir le cap. Oui, je cuisinais moins. Je mangeais moins. Oui, on voyait que ma santé déperissait. On voyait que j'étais moins cohérente, mais j'étais pas malheureuse. Quand j'ai été hospitalisée, là ça été du désarroi total. Du désarroi total. » (participante #6)

Ce qu'il faut préciser, dans l'exemple tiré à l'instant chez la participante #6, c'est que c'est sa famille et ses ami(e)s qui l'ont fortement incité à aller aux urgences. On comprendra, donc, que l'élément déclencheur de l'hospitalisation peut être corrélé avec des symptômes qui apparaissent, mais qu'en fait, il s'agit davantage de l'intervention de l'entourage ou d'une tierce personne. Parfois, il s'agit d'une altercation avec la police. C'est ce que la participante #1 mentionne dans cet extrait :

« Ce qui m'a changé, c'est la folie dans laquelle je suis tombé après ma troisième année d'étude quand j'ai commencé à devenir paranoïaque, à penser que tout le monde me surveillait, à voir des célébrités ou qui euhh j'avais vu à la télévision sortir de l'écran. Bref, j'ai eu des symptômes assez lourds qui m'ont amené à déconner et à être hospitalisée de force. Mais à vrai dire ce n'est pas

nécessairement ça qui m'a amené à être hospitalisée de force. C'est disons le fait d'avoir réagi trop fortement à la violence qu'on exerçait à mon égard parce que..Et d'avoir agi comme une poule pas de tête. Parce que j'aurais pu avoir des symptômes sans être hospitalisée de force, mais, moi, j'ai joué avec la folie jusque.. tellement loin qu'on a dû m'hospitaliser de force parce là, par exemple, j'ai fui devant la police. J'ai crié. J'ai traversé la rue sans regarder. Eux, ils m'ont menotté. Puis, bref, il y a toute sortes d'événements qui ont fait en sorte que j'ai été hospitalisée de force. Pi ça ça été très marquant sur ma personne. » (participante #1)

Pour d'autres participant(e)s, il n'y a eu aucun symptôme précurseur pouvant expliquer en partie l'hospitalisation. Il s'agit de l'incompétence des acteurs au sein du système de santé ou de ceux qui gravitent autour. Ce qui est intéressant à comprendre de ces témoignages est la place qu'occupe dans leur discours les raisons de leur(s) hospitalisation(s). L'élément déclencheur est complexe du point de vue des participant(e)s. Il y a eu un amalgame de raisons comprenant, parfois, mais pas toujours, la folie ou des symptômes quelconques. En général, ce qui explique leur hospitalisation sort des raisons biomédicales. C'est le cas de la participante #11 qui raconte ainsi les raisons de son hospitalisation :

« Absolument pas. J'étais absolument pas dangereuse. Je n'avais, de un, aucune maladie mentale, de deux, aucun danger. J'étais pas dangereuse pour personne ni moi-même. Ça, ça été des mensonges qui ont été racontés par une travailleuse sociale de la DPJ. Moi, je pense que c'est... Écoute. J'ai pas accès à l'information, feck tout ce que je dis c'est non confirmable parce que c'est l'impression que j'ai. La première nuit que j'ai passé à l'hôpital, elle m'a appelé pour dire : « Tu verras jamais ta fille. » Pi elle a raccroché le téléphone. Feck, de un, cette intervenante-là était pas là pour ma santé mentale, certainement pas. Je sais pas si t'es mère, mais quand tu es parent, ton enfant c'est pas mal ta vie. Ma fille c'est pas mal ma raison de vivre, elle que j'aime le plus au monde. Je peux pas croire qu'on a pensé que je pouvais être dangereuse. Je ne le crois pas du tout. Cette intervenante-là a menti lors de mon hospitalisation. Je sais pas si elle a parlé aux infirmières ou au préposés, mais dans mon rapport médical, c'est marqué que j'avais des hallucinations auditives, visuelles. En tout cas, elle a tout fait pour que j'aie un rapport psychiatrique avec un diagnostic en psychiatrie. Elle, dans le fond... (Soupir). En tout cas, c'est ça. Elle a fait plusieurs arnaques. Ça serait trop long

de tout raconter ce que cette personne-là a fait, mais c'est ce qui fait qu'aujourd'hui j'ai l'impression que c'est elle qui a poussé ça, la Loi P-38. C'est elle qui l'a manigancé. Le centre de crise a confirmé que ça avait été manigancé avec la DPJ par après. Tsé, y'a beaucoup de choses que j'ai su par après qui font que ok je suis pas folle. J'étais pas en psychose. C'était une psychose collective contre moi. Feck, y'a eu plusieurs agents là-dedans. Y'a eu le centre de crise. C'est assez compliqué comme histoire parce que y'a eu plusieurs intervenants qui se sont échangés des informations. » (participante #11)

Il en va de même pour le participant #5 et la participante #9 qui se considèrent tous les deux des toxicomanes. Dans ces deux cas, il s'agit d'un acteur X qui appelle suite à une inquiétude vis-à-vis à leur consommation, alors, qu'il n'y a vraisemblablement et, selon mes participant(e)s, aucune raison valide quant à la notion de dangerosité de les hospitaliser.

« Ben là, elle, vu que j'avais consommé du [nom de médicament], elle pensait que j'allais faire un arrêt respiratoire parce qu'elle a vu ça dans ses papiers qui disaient que ça allait engendrer un arrêt respiratoire. Moi, je prenais ça comme des bonbons ces pilules-là pi ce soir-là j'en avais pas pris tant que ça. J'étais en état complètement. Dans le fond, j'ai été victime d'une erreur ici. Elle n'avait pas d'affaire à envoyer la police chez nous pi à dire que j'étais suicidaire pi que j'allais mourir. C'était même pas vrai. J'ai pogné une espèce d'incompétente qui n'avait pas d'expérience. » (participant #5)

Ces préjugés quant aux personnes utilisatrices de drogues va influencer le traitement que recevront le participant #5 et la participante #9 une fois à l'intérieur. Comme le raconte la participante #9 :

« On juge tellement la toxicomanie que beaucoup vont se cacher pi sont plus à risque de faire une surdose. Ça crée des problèmes plus importants. Tsé, je pense que c'est mal compris pi ce qu'on y connaît, c'est surtout ce qu'on voit dans les médias, le sensationnalisme. Feck, c'est sûr que le crackhead, là j'utilise des termes péjoratifs, mais celui qui a braqué un dépanneur, c'est plus intéressant que moi qui fonctionne pi qui va consommer de l'héroïne une ou deux fois par semaine. Tsé, 82% des personnes qui consomment n'auront pas nécessairement de problèmes pi vont réussir à contrôler cette consommation-là. Tsé, faire une ligne de coke dans

un party c'est bien vu, mais faire une puff de crack... T'es rendu un crosseur pi un voleur. Pourtant, c'est la même chose. C'est la même substance. C'est juste un mode de consommation différent. Feck, c'est ça. Je pense que y'a beaucoup de désinformation pi d'inconnu par rapport à l'usage de drogues. Ce qui fait que c'est beaucoup jugé par les personnes qui ne connaissent pas ça. » (participante #9)

Dans le cas de la participante #8, elle admet avoir eu des idées suicidaires, mais nie sa dangerosité et se positionne contre l'hospitalisation forcée qui serait contre-productive :

« Moi, je pense que j'ai été dangereuse à absolument aucun moment. Est-ce que j'ai eu des idées suicidaires? Oui. Est-ce que de parler à quelqu'un aurait suffi? Oui. Feck là, on m'a enfermé là, mais on ne m'a pas permis de parler à quelqu'un. Dans ma tête, c'est complètement contre-productif. Ça m'a juste rendu encore plus misérable, encore plus anxieuse, encore plus... En tout cas. Je pense que je ne l'étais pas en arrivant. Je pense que je le suis devenue en arrivant là-bas. Euh... Je pense pas qu'ils ont vu de signes que j'étais dangereuse pour les autres. Mais, c'est ça. Ça toujours été d'être dangereuse pour moi-même parce qu'effectivement, j'étais très, très déprimée. Mais euh... C'est ça. » (participante #8)

Ainsi, on voit que l'entourage joue un rôle fondamental dans l'hospitalisation forcée. Maintenant, pour ce qui est de la dangerosité, tous les participants ou presque ne se considéraient pas dangereux pour eux-mêmes ou autrui et cela va aussi pour ceux reconnaissant avoir eu des symptômes. Cette perception de ne pas être dangereux change à l'inverse une fois hospitalisé. Ainsi, les participant(e)s racontent en quoi leur hospitalisation a créé la crise après coup ou a augmenté leur niveau de dangerosité. On le voit dans cet extrait :

« Ça reste que je suis arrivée en haut complètement traumatisée. Pi tsé, mon niveau de dangerosité en rentrant envers à mettons la société était 0.5 sur 10 pi mon niveau de dangerosité une fois rentrée. De par l'espèce de pression, de traitement, de mauvais traitement euh... Moi, j'ai l'impression que ça m'a monté à 8 sur 10 envers moi-même. Feck tsé. Euh... Peut-être avoir été dans mon état normal et avoir compris ce qui se passait autour, ça serait pas allé jusque là. Euh... Ça certainement pas aidé d'être en-dedans. » (participante #4)

L'élément déclencheur est important dans le discours des participants et va teinter leur expérience une fois à l'intérieur. Plusieurs racontent avoir un fort sentiment d'injustice qui se poursuivra une fois à l'intérieur. Par ailleurs, quand on leur demande leur expérience à l'hôpital, tous commencent par les relations qu'ils ont eues avec le personnel de l'hôpital, en particulier, avec le/la psychiatre. Parler de son expérience d'hospitalisation forcée en commençant par les relations développées avec le personnel de l'hôpital permet de comprendre que c'est, pour eux, un incontournable et que c'est fondamental dans leur histoire pour comprendre leur expérience. Les problèmes évoqués les plus fréquents sont le manque de disponibilité du psychiatre, l'usage au chantage dans la prise de médication, le manque d'empathie du personnel et les conditions d'enfermement.

« Ben, je me suis vraiment senti comme si j'étais dans une salle d'attente ou comme, tsé, quand on attend le métro. Autant le confort des chaises parce que c'était des bancs. C'était pas des fauteuils. Je me sentais aussi inconfortable que quand on attend le métro pi qu'il vient pas. Feck, j'attendais quelque chose, je sais pas quoi, mais j'attendais. Pi y'avait des. Tsé, c'est un peu étrange dans les trames de métro. Y'a des drôles de sons. Y'a des drôles de personnes. Ben, c'était exactement ça. Y'avait toute sorte d'autres personnes que je trouvais flyés des fois. Des cris forts. Des fois, je pleurais parce que y'avait des cris forts et je savais pas ce qui arrivait. Euhm... (Soupir). » (participante #6)

Pour les participants(es), la prise de médication est la priorité pour le personnel. Plusieurs ont déjoué les règles en crachant la médication une fois l'infirmier hors de vue. C'est le cas de la participante #1, du participant #3 et de la participante #11. La participante #2, quant à elle, n'a même pas envisagé la possibilité de ne pas les prendre :

« Ben, quand t'es à l'hôpital, t'as pas le choix des prendre, j'pense. Mais ça je m'en rappelle pas mais... Messemble t'as pas le choix. » (participante #2)

On voit, de par cet extrait, que les droits des patients ne sont pas toujours respectés quant à l'accès à l'information. Même une fois informés sur leurs droits, plusieurs patients se

sont sentis lésés. Dans le discours de nos participant(e)s, plusieurs racontent à un moment le désir qu'ils ont eu de contacter un(e) avocat(e) et le fait qu'on leur ait refusé ce droit. Sinon, quand ce droit d'être représenté n'est pas directement refusé par le personnel, c'est un contexte défavorable qui les oblige à se représenter seul ou par un avocat à la dernière minute. Comme l'explique la participante #11 :

« Ben, c'est pas qu'il n'y a pas beaucoup de choix. C'est qu'ils te donnent 3 pages de numéros de téléphone. Euh... J'ai passé 3 mois à appeler les 3 pages. J'ai seulement un. Tsé, les gens courent pas après le monde en psychiatrie qui sont en P-38. On s'entend qu'ils ont en masse d'ouvrage. C'est pas leur priorité, probablement, de retourner ces appels-là. Pi quand ils font un retour d'appel, ils se font dire que la personne n'est pas disponible. À un manner, ils lâchent prise. L'avocat, c'est une amie qui me l'avait suggéré. Il voulait me rejoindre. Il m'a dit : « C'est impossible de te rejoindre. T'es pas rejoignable. » » (participante #11)

Maintenant, une fois le moment du procès, parce que la majorité ont dû passer à la cour suite à une garde prolongée, les participant(e)s racontent toutes sortes d'anecdotes concernant la procédure, mais très peu de détails concernant les acteurs au sein du système judiciaire. L'analyse faite par les participants de leur expérience à la cour est d'avantage macrosociologique. Ils parlent du système plutôt que de leur ressenti. Le participant #3 adopte une approche intersectionnelle pour décrier les injustices propres à notre système judiciaire quant à l'accès à un bon avocat :

« On a un système judiciaire qui est très, très impliqué dans toutes les sphères de notre vie. On pourrait se dire : « Ah. C'est super. On a vit dans une société de droits. On est protégés. » Tatata. Moi, je me sens pas protégé pi pas pentoute. J'me sens terriblement en danger dans cette société-là pas parce que j'ai fait des affaires mal. J'ai pas fait d'affaires mal. Mais facilement on peut m'en attribuer juste en se basant sur un profil socio-démographique. Je suis pauvre. Je suis un homme. Le dernier policier qui m'a appelé, m'a carrément dit ça : « T'as pas d'argent. Tu trouveras pas un avocat au civil pour te représenter. Personne va t'aider. Quand on t'a emmené à l'hôpital ce jour-là, tu feelais pas feck tu trouveras jamais un médecin pour te dire le contraire. » Feck euh... C'est ça. Si t'essayes de porter plainte ben c'est une vrai joke. (Rire). J'en ris parce que c'est quasiment une pièce

de théâtre. Pi tout le monde autour de moi le voit, le constate, mais ça crée ben des problèmes dans famille. » (participant #3)

Ayant conscience des difficultés de trouver un avocat ou n'ayant pas été capable, d'autre(s) participant(e)s vont se représenter seul, avec toutes les limites que cela comporte. Plusieurs entrent à l'hôpital et n'ont pas de vêtements adéquats pour leur sortie à la cour. Ils ressentent un déséquilibre énorme. Par ailleurs, les effets de la drogue (autrement dit de la médication) les empêchent d'avoir un discours cohérent. En majorité, les participant(e)s sentent que peu de temps leur est accordé et que la décision est déjà prise. Par ailleurs, la loi n'est pas bien connue des participant(e)s et leur souvenir de la cour est flou tel qu'on peut le voir dans cet extrait :

« Finalement, le lendemain, on m'a emmené en cour. Pi pour te montrer à quel point je suis un petit mouton, je veux dire. J'ai même pas pris la parole en cour. J'ai pas rien dit. Je savais même pas ce qu'il se passait, vraiment. À ce moment-là de ma vie, je connaissais pas ça la P-38. Euhm... Je pense que c'est une avocate ou un avocat qui m'a représenté. Mais là... En tout cas. Feck, c'est un peu ça. » (participante #6)

Une fois le verdict tombé et le retour à l'hôpital, l'expérience continue. C'est l'attente. Certains vont utiliser des métaphores : être dans un aquarium, être pris dans le métro. Pour tous, c'est l'attente interminable vers leur sortie et la peur constante du recours à la force. L'isolement a été vécu par plusieurs pour des raisons nébuleuses. La majorité du temps, il s'agit d'un désaccord entre l'individu psychiatisé et le personnel de l'hôpital qui débouche sur les contentions et/ou l'isolement.

« Bon. Là, ils viennent pi ils ne savent pas du tout dans quel état je suis, si je suis prête à parler, si je suis disposée à parler. Là, trois infirmières me martèlent de questions. Pi là, j'ai pas tenté de frapper personne ou lever la main, mais j'ai peut-être haussé le ton pour leur demander de partir pi de me laisser tranquille. C'est flou dans ma tête, mais je sais qu'assurément je n'ai pas tenté de blesser qui que ce soit. Jamais. J'étais dans mon lit pi je voulais juste qu'elles s'en aillent et me

laissent tranquille. Première des choses qui arrivent, y'avait des agents de sécurité qui m'emmenaient dans une salle d'isolement, qui m'attachaient pi qui... Pi là, tu restes là pi tu sais pas comment de temps. Tu sais quand tu rentres en isolement, mais tu sais jamais quand tu en sors. Pi tu as aucune idée de pourquoi tu en ressorts vite ou pas. Pi on sait très bien que, des fois, on en ressort vite juste parce qu'ils voulaient attacher quelqu'un d'autre pi que y'avaient besoin de la place. Euh... D'autres fois, on sait très bien qu'on reste plus longtemps parce qu'ils nous oublient. Tsé, feck c'est ça. » (participante #8)

Les conséquences de l'isolement sont nombreuses. Plusieurs, par la suite, craignent de parler et de manifester leur désaccord. Le corps s'en rappelle et cela peut créer un choc post-traumatique chez l'individu psychiatrisé, ce que nous aborderons dans la prochaine partie. Maintenant, bien que l'expérience de l'hospitalisation forcée est vécu négativement, dans leur discours, tous ont eu un moment positif marquant avec le personnel. Ces rares expériences positives leur permettent de prendre une distance avec leur expérience traumatisante et de ne pas tomber dans la diabolisation excessive du personnel de l'hôpital, ce que plusieurs font habituellement lors de leur hospitalisation de par l'atmosphère hostile des lieux. Par exemple, la participante #10 se rappelle très bien d'une infirmière en particulier :

« Y'a une infirmière algérienne qui m'a fait un hommage du sang. Elle est venue me prendre une prise de sang à genoux pi elle m'a dit : « Tu as vraiment un beau sang. Même quand tu es menstruée, ton sang est de couleur rouge pétante. Ton sang est parfait. » En tout cas. Gros hommage à mon sang. J'ai dit : « Merci beaucoup. Quel honneur. » Pi là, elle me prenait ma prise de sang. (Rire). Mais non, c'est ça. Ça été beaucoup de comédie, parfois, moins drôle, mais moi, je les ai toute aimées. C'est pas les êtres humains le problème, c'est le système. Les êtres humains qui sont dedans sont merveilleux, d'autant plus d'évoluer dans un système comme ça. Y sont encore plus forts. » (participante #10)

Relativiser et se rappeler de certains événements positifs vécus avec le personnel de l'hôpital montre le côté empathique chez les participants(es), empathie qui s'est accrue

avec l'hospitalisation. Fait intéressant, plusieurs se mettent dans la position du personnel de l'hôpital et font preuve d'intérêt quant à leur vie. Au début, de par le processus de dépossession que beaucoup vont vivre et de stigmatisation, ils vivront dans la polarisation avec le personnel. Ensuite, avec la souffrance générée une fois à l'intérieur, les participant(e)s se montreront plus empathique avec les personnes en général, comme les autres individus psychiatisés hospitalisés avec eux. Pour la participante #8, cela lui a permis de briser les préjugés qu'elle avait avant. Elle parle de son arrivée ainsi :

« Mais, la première fois que je suis rentrée là, j'avais mes préjugés par rapport aux gens qui se ramassent là. Feck j'osais pas trop parler aux autres. Quand quelqu'un avait des comportements qui sont moins habituels, ça me faisait peur. Je sautais aux conclusions, tsé. Je me disais que telle personne devait avoir telle affaire ou qu'elle pouvait peut-être être dangereuse, peu importe. J'avais des préjugés, ceux qu'il y a dans la société en générale. » (participante #8).

Toutefois, dès que les participant(e)s crée des liens avec les autres personnes hospitalisées de force, le personnel de l'hôpital y met un terme. C'est arrivé pour la participante #8 qui a vu son amie changer de chambre et par la participante #1 qui l'explique ainsi :

« Ensuite.. (Soupir). J'ai tout de même lier des liens significatifs avec des patients mais quand est venu le temps de nous changer d'étage.. Ils nous ont tous séparés parce qu'ils ne voulaient pas qu'on crée des liens. On avait pas le droit se serrer la main, de sympathiser. Je les faisais moindrement rire et ils me disaient : « Retournez dans votre chambre madame [nom de la participante] ». Donc tout ça c'était difficile. » (participante #1)

Il faut savoir que les règlements de la Loi P-38 sont appliqués par une multitude d'acteurs et que cela peut poser un problème quant à la rigueur de l'application de la loi. Ce n'est pas pour rien que les participant(e)s vivent un sentiment d'injustice. La participante #1 raconte ainsi son sentiment général vis-à-vis du personnel et l'arbitraire qui règne sur les lieux :

« On dirait que les gens qui sont là sont découragés et qu'ils nous prennent pour des enfants. Je me suis sentie très infantilisée. On n'écoutait pas ma conception. On ne s'intéressait pas à ma conception générale de la vie. On s'intéressait juste à si je prenais mes médicaments, à si j'obéissais aux ordres. On dirait des moutons. Ils portent des.. Pas nécessairement des uniformes, mais des.. L'uniforme est dans leur tête. L'uniforme est dans leur tête. Ils l'ont intériorisé et ils pensent appliquer les règles, mais ils sont arbitraires. Si ça ne leur dit pas ce jour-là de nous faire sortir, ils ne nous feront pas sortir, mais, pour nous, c'est primordial de sortir au moins quelques minutes par jour. Mais, pour eux, c'est : « Non, aujourd'hui, on a pas le temps. Ça ne nous tente pas. » Très arbitraire la façon qu'ils appliquent les règlements. Je leur ai dit une fois : « C'est inscrit où dans la loi? » Pi ils m'ont dit : « C'est pas la loi, c'est nous. » » (participante #1)

Après

Pour ce qui est de l'après, la sortie de l'hôpital est un événement très rapproché dans le temps de l'hospitalisation. Pour les participant(e)s, la sortie ne vient pas sans embûche, bien au contraire. Plusieurs ont senti un désengagement des acteurs du système hospitalier suite à leur sortie d'hôpital. Le manque de suivi est une critique apportée par nos participant(e)s. Cependant, ce manque de suivi post-hospitalisation a permis à plusieurs de nos participant(e)s de prendre en main leur destin pour mieux comprendre ce qui leur est arrivé et être mieux outillé pour la prochaine fois, car il faut savoir que c'est une peur qui les habite tous, celle de devoir revivre l'hospitalisation forcée. La participante #7 a effectué des recherches concernant son diagnostic à sa sortie et a demandé une contre-vérification pour s'assurer de la validité du diagnostic du psychiatre lors de son hospitalisation :

« Le après, la seule chose qui était différent, c'est que je me posais vraiment beaucoup de questions. Si je peux comparer l'avant du après c'est que j'étais en mode questionnement. Je sens que j'ai une certaine douance, donc, c'est sûr que je me suis mise à faire des recherches. J'ai contacté mon médecin. J'ai été curieuse. Je suis allée voir sur les internets, comme on dit, pour m'informer sur c'est quoi le TPL. C'est ça. Pi j'ai pris les démarches pour avoir un diagnostic solide. Elle, à l'hôpital, me l'a donné sur le fly comme ça parce que j'étais, pour elle, une crise de grosse folle qui a fait une crise de colère contre sa fille. Feck, j'étais une mère

totale­ment indigne, violente et tout et tout. C'est comme ça qu'on me voyait... Feck là, je suis allée faire mes recherches par rapport à ça pour comprendre tout ce qui se passait dans ma vie. » (participante #7)

La participante #7 a aussi été du côté du communautaire pour faire des thérapies de gestions des émotions. Pour les participants, ceux-ci considèrent l'aide au privé plus rapide et efficace dans leur cheminement vers la guérison que le public. Le communautaire est aussi une bonne avenue pour les aider, mais comporte des limites. Cependant, tous cherchent à sortir du public et de l'institutionnel d'où ils se sont sentis déshumanisés. Il y a une quête de réappropriation de sens dans son vécu. Comme l'explique la participante #8 :

« Le après a duré un bon bout de temps, mais plus je me suis éloignée du milieu psy, quand je me suis mise à fréquenter des gens qui étaient pas allés en psychiatrie nécessairement, quand j'ai commencé à prendre un certain pas de recul... Là, je me suis dit : « Ok. Y'a des affaires qui se sont passées là qui n'ont aucun bon sens. » Je prenais des doses de médicaments qui n'avaient aucun bon sens. Feck là, j'ai commencé à en diminuer en faisant des recherches sur comment diminuer de façon sécuritaire pi sur comment reconnaître les signes pi que tatatata. Mais bon. J'ai commencé à faire ça tranquillement. Pi plus je faisais ça, plus je réfléchissais pi je me rendais compte de ce qui m'avait pas plu et pourquoi. Aussi, je me rendais compte que j'avais raison de trouver que c'était pas correct ce qui s'était passé. Pi euh... Dans le fond, j'ai rencontré. J'ai trouvé un groupe d'entraide que j'ai commencé à fréquenter pi c'est là les premières fois. Tsé, tu te poses des questions. Tu te dis : « Ouin. Messemble que je me suis faite attacher souvent pour rien. » Sauf que, les gens qui connaissent pas ça, tes proches, eux sont pas d'accord. « Non, non, non. Les infirmières, si elles ont fait ça, c'était pour ton bien. Elles n'ont pas le choix. » Tsé, ce qu'on entend. Le discours. Feck là, tu te dis : « Ouin. Sûrement. » Tu te poses des questions pi là les autres te rassurent : « Non, non, non. C'est correct. » Ah, ok. Bref., tout ça pour dire que c'était ma première fois. Quand je suis allée dans le groupe d'entraide, j'ai parlé aux intervenantes qui sont dans une vision alternative pi elles m'ont dit : « Tes droits ont été brimés. T'as le droit de t'exprimer. T'as le droit de vivre de la colère. » Grâce à ça, tu peux pousser la réflexion plus loin. J'ai utilisé aussi la GAM, le guide de gestion de la médication. Feck j'ai pu me réapproprier ma médication. J'ai pu. Avec tout ça, j'ai pu commencer à faire de la thérapie parce qu'avec tout ça la psychologue que je voyais me disait : « Écoute [nom de la participante], tu prends tellement de médicaments. J'ai l'impression que je te vole ton argent. Tu prends tellement de

médicaments que tu n'as pas accès à tes émotions. Tu viens en thérapie. Tu me payes, mais on peut pas faire grand-chose. » Non seulement ça aide pas, mais ça nuisait. » (participante #8)

Sortir de l'hôpital signifie bien souvent se trouver un nouvel emploi surtout pour ceux ayant vécu une hospitalisation de longue durée. Plusieurs participant(e)s vont se réorienter dans le domaine de la santé mentale pour faire de la sublimation à partir de leur expérience traumatique en devenant, par exemple, paire aidant(e). L'extrait suivant explique bien les difficultés concernant le travail et les questionnements qui viennent à la suite d'une hospitalisation forcée :

« Ben. (Silence). Mes plus grands défis au quotidien. Des fois, à cause que j'ai été hospitalisée, psychiatisée, je me vois plus faible. Tsé comme quand j'ai dû prendre mon arrêt de travail dernièrement, avant de commencer mon nouveau travail, je me suis vraiment demandé si c'était parce que j'étais plus fragile que les autres. Est-ce que je vais pouvoir réussir à avoir un emploi comme tout le monde? Ne pas prendre d'arrêt de travail. Piocher un peu parce que réaliser que 5 jours de travail c'est peut-être un peu trop pour moi. Donc, ça c'est des gros défis, tsé. Me rendre compte qu'il faut que j'admette que j'ai des fragilités puis qu'il faut peut-être que je m'adapte et que j'en demande moins. Des fois, j'ai tendance à me blâmer pi à me dire : « Bon, ben c'est ça. C'est parce que j'ai fait une psychose que j'ai fait un arrêt de travail. Je suis plus faible. » Donc, de me dire : « Non, non. Arrête. Tu étais dans un contexte de merde au niveau de ton emploi et c'est pas juste parce que tu es faible. C'est aussi parce que le contexte aidait pas. » Bref, relativiser. Prendre un pas de distance. C'est des gros défis. Pi c'est tout par rapport au domaine de l'emploi que je le vois. » (participante #6)

Aussi, les relations avec l'entourage vont changer à la suite de l'hospitalisation. Cet élément est le plus souvent mentionné auprès de nos participant(e)s. L'hospitalisation forcée vient miner les relations avec l'entourage qui a pris part au processus d'hospitalisation que ce soit lors du dépôt de la demande, à la comparution en Cour ou bien lors des visites. En général, nos participant(s)e se font assigner le stigmate de la maladie mentale par les professionnels de la santé et perdent ainsi toute crédibilité à la suite

de cela auprès de leur entourage. Ils ressentent même que leur entourage les craint ou les infantilisent. Tel est le cas de notre participante #8 :

« Avec ma famille, mes proches, c'est assez difficile parce que eux adhèrent à l'hypothèse de maladie mentale. Feck, eux, me voient comme ça. Eux cherchent les signes de rechute. Feck, ça crée beaucoup de frustrations de leur part parce que moi, maintenant que je m'en rends compte, je refuse de leur donner des infos. Euh... Feck c'est difficile. Je maintiens mes relations, mais c'est pas évident. Euhm... Pi moi je sens que je peux pas être moi-même, que je suis pas considérée. Tsé, mes proches, mes parents, ma sœur me voient beaucoup comme une petite chose fragile. Euh... Une petite chose malade qui pourrait rechuter pi qu'il faut prendre soin et faire attention. Euhm... Pi faut toujours être sur ses gardes avec les proches parce que tsé les proches y voient beaucoup de nous. Tsé, je veux dire ça arrive à tout le monde. Les choses du quotidien peuvent facilement être interprétées comme une rechute pi je sais très bien que si ma mère décide d'appeler pour dire que je vais pas bien, c'est elle qui va être prise au sérieux, pas moi. Feck... C'est une drôle de dynamique parce que nos proches ont un pouvoir sur nous, qu'on a pas de contrôle sur eux. On est pas dans une relation égalitaire. Ils sont un peu en situation d'autorité sur nous. Si ma ma mère décide d'appeler mon ancien psychiatre pour dire que je suis désorganisée, c'est elle qu'il va croise. Bref. Feck, c'est ça. Ça crée une drôle de dynamique. » (participante #8)

Dans le cas de la participante #9, elle dit maintenant s'assumer et, pour elle comme pour d'autres, l'important n'est pas le nombre d'ami(e)s qu'elle a, mais la qualité de ses relations. Pour elle, l'important est qu'on l'accepte telle qu'elle est :

« Ça dépend de la vibe que j'ai avec la personne, mais je suis du genre très ouverte. J'aime sensibiliser le monde pi les challenger sur certains sujets pi je pense que j'ai une capacité d'éduquer les gens sur des réalités qui sont pas toujours évidentes. Feck, je me sers de ça. De toute façon, je me suis tout le temps dit que si la personne me juge pour ça, c'est pas une personne qui m'intéresse ou que je suis intéressée à avoir dans mon cercle proche. » (participante #9)

Souvent, suite à une ou des hospitalisations, l'individu psychiatrisé aura à se redéfinir. Parfois, il le fera de façon consensuelle avec les experts de la santé (c'est le cas de notre participante #2). D'autre fois, il le fera de façon conflictuelle avec les experts de la santé (ce qui est le cas de la majorité des participants). Quelques fois, il le fera de façon à allier

les deux (conflictuelle et consensuelle) (c'est le cas de nos participants #1, #5 et #7). Quoiqu'il en soit, la façon qu'il se définira, par la suite, orientera ses démarches de guérison. C'est, pourquoi, l'acceptation est un thème abordé par quelques participants seulement, ceux qui considèrent avoir un problème de santé mentale. Ceux qui ne considèrent pas avoir un problème de santé mentale, et pour des raisons très légitimes, axeront davantage leur rétablissement dans une position axée sur la défense de leurs droits, la sensibilisation et l'accès à l'information. Pour beaucoup, il s'agit de faire un deuil avec qui il/elle était avant :

« (Pleur et Rire). Dans la vision de ce que je peux faire. Moi, j'étais quelqu'un qui aimait beaucoup sortir. C'est des choses que je pourrai encore faire, mais de façon vraiment plus lente. Avoir des enfants, aussi, c'est un deuil que j'ai fortement entamé. C'est beaucoup de deuils. C'est des choix qu'on fait aussi. Pi le jour qu'on comprend que ce n'est pas que des deuils, mais que c'est des choix ben je pense qu'on peut reprendre un peu plus de pouvoir pi accueillir ça dans sa vie et voir ce qu'on peut faire plutôt que ce qu'on peut pas faire. » (participant #4)

Comme on le voit dans cet extrait, il ne s'agit pas que de le vivre négativement. À la question « Est-ce que l'hospitalisation a eu des effets positifs, après coup? », la plupart des participant(e)s répondent par l'affirmative. Bien qu'ils souhaitent que l'hospitalisation forcée n'existent plus ou qu'elle soit utilisée comme dernier recours, tous sont passés au travers et se disent grandis de l'expérience. Les expériences du quotidien paraissent beaucoup moins grandes maintenant qu'ils/elles ont vécu ce genre d'expérience et leur niveau d'empathie s'est accru. Ce n'est pas sans dire qu'ils voient d'un œil nouveau le monde dans lequel ils vivent. La souffrance générée par l'hospitalisation forcée laisse une trace à tous qu'elle soit positive ou négative et, cette trace, suivra l'individu toute sa vie. Pour certains, ne pas oublier ce qui est arrivé entre les murs est important pour leur nouvelle

identité. La définition qu'ils/elles se font de la maladie mentale ajoutera à la définition qu'ils/elles ont d'eux-mêmes, car quand on passe par un tel processus, il est difficile de ne pas se remettre en question. Pour tous les participants, la question de maladie mentale, bien qu'il s'agisse d'un terme péjoratif, reste le terme de référence à l'hôpital. Une des questions posées est la suivante : « Quelle est ta définition de la maladie mentale? Te considères-tu malade mental? Le terme te pose-t-il problème? Si oui, pourquoi? » Parmi les réponses, personne ne remet en question le fait que les termes puissent avoir changé à l'hôpital. Pour eux, le terme de « maladie mentale » est sous-entendu dans le discours des experts bien que ceux-ci le reformulent souvent autrement. L'après consistera, donc, à négocier un terme qu'ils/elles considèrent problématique. Ils redéfiniront de plusieurs façons ce en quoi consiste la maladie mentale :

« Je pense que la maladie mentale est dans l'œil de celui qui regarde. » (participant #3)

« Maladie mentale. Ça pose problème parce que c'est ancré dans un jargon très médical, très axé sur le corps. J'aime mieux utiliser « trouble de santé mentale ». Je l'ai pas vu ailleurs, mais j'utilise « personne vivant avec un enjeu de santé mentale ». Ça fait référence aux rapports de pouvoir sociaux, à une approche plus intersectionnelle, au fait que la santé mentale c'est pas juste dans la tête et dans notre corps. Ça s'inscrit aussi dans les conditions sociales auxquelles on a accès. On ne naît pas tous égaux. » (participante #6)

« Tsé... Pi malade mental ça rime avec la souffrance. T'as des gens qui souffrent. Leur maladie mentale ne paraît pas, mais ils souffrent. Pi y'en a d'autre que la maladie mentale les rend infonctionnel. Y ne fonctionnent pas pentoute. Mais tsé, c'est une minorité ceux qui sont tellement malade mental qu'ils ne fonctionnent pas. » (participant #5)

Dans ces extraits, on voit qu'il y a la perspective interactionniste, c'est-à-dire que la maladie mentale ou être malade mental se fait en relation aux autres. Il y a aussi l'aspect social de la maladie mental, soit que le fait d'étiqueter quelqu'un de malade mental provient

de rapports de force. Puis, il y a la définition plus personnelle de la maladie mentale vue comme source de souffrance psychologique ou, encore, vue comme le fait de ne pas être capable de fonctionner en société (encore là, il y a la question de l'environnement social qui jouerait un rôle). Ainsi, les participants en problématisant la question de maladie mentale nous font rendre compte de la complexité de catégoriser quelqu'un sur la base d'un soi-disant « débalancement chimique ». Cette critique est d'ailleurs faite par plusieurs qui considèrent que cette explication rationnelle oublie le vécu de l'individu qui peut justifier où il se trouve présentement.

Avenir

Dans cette partie, il s'agit de sortir du quotidien des participant(e)s pour laisser place à leurs rêves. Plusieurs questions ont été posées pour questionner leur vision de l'état des choses, leurs désirs quant à l'avenir. Des pistes de solutions ont été données par les participants(es) vers la fin de leur entretien. L'empathie et la tolérance à l'égard de l'autre est un thème qui revient souvent.

*« Ce que j'aimerais c'est que la société soit de plus en plus empathique. Tsé, qu'on puisse s'entraider les uns, les autres. Je vous dit pas que ça existe pas maintenant. Oui, ça existe. J'en ai vu. J'ai rencontré des gens, oui. Est-ce que c'était la majorité? Non. Il faudrait que la santé mentale soit vraiment plus démystifiée, connue. Euh... Pi qu'on aborde toutes les difficultés parce que dans un moment donné ou l'autre d'une vie peu importe l'humain va vivre des moments difficiles. Ça va être avec sa capacité d'adaptation, son éducation pi ce qu'il a eu comme expérience et son parcours qu'il va être capable de s'en sortir. Alors, faudrait à ce moment que tout ça soit démystifié à ce moment-là. C'est pratiquement impossible, mais ça serait ce que j'aimerais. Être capable de vivre collectivement sans voir la différence, finalement. Qu'on soit tous considérés comme des êtres humains. »
(participante #7)*

« J'aimerais ça qu'on puisse donner une pilule aux professionnels qui leur inculque plus d'empathie pi d'humanité. J'aimerais ça que ça soit eux qui prennent les médicaments pi que les médicaments leur donne plus d'empathie. En fait, je dis ça, mais je pense que je me trompe un peu parce que c'est pas tant les professionnels que tout le système. Le système, les choix économiques qu'on fait en tant que société, la politique. Donc, ce serait peut-être aux politiciens que je donnerais des pilules. (Rire). Ouais. » (participante #6)

Il faut savoir, aussi, que l'espace joue sur les corps et que l'effet d'enfermement vécu chez les participants(es) a varié dépendamment de l'hôpital où ils ont séjourné. Les hôpitaux plus récents comme le CHUM à Montréal ont été mentionnés en guise de modèle. L'espace est, donc, un deuxième thème qui revient pour améliorer les conditions des personnes hospitalisées. Puis, il y a la formation des acteurs impliqués dans la Loi P-38. Cet extrait l'explique bien :

« Ben, j pense qu'il faudrait des milieux accueillants, parce que oui l'espace joue sur le corps, le transforme. L'espace est très important. C'était très glauque à l'hôpital pi j me dis.. Y'a des centres de crise là qui permettent de parler toute la nuit. Pi moi j me dis que les policiers devraient prendre un café, s'asseoir à la table et parler avec moi pendant une heure. Il faut favoriser le dialogue, écoute active, le suivi post-hospitalisation, mais non forcé, un suivi et augmenter le nombre d'opportunités pour choisir sa méthode de rétablissement. J pense que la loi devrait être plus spécifique quant à la notion de dangerosité pi être appliquée plus rigoureusement par les acteurs au sein du système hospitalier. Je pense qu'il devrait y avoir des suivis, des compte-rendu des préposés et des infirmières quant à leur intervention face à des personnes, car elles font souvent preuve d'arbitraire. Et que.. On est jamais immunisés, protégés, nous les patients contre les abus, contre la maltraitance. Ils disent : « Oh, ben c'est comme ça que ça fonctionne ici. Accepte. » Pi moi, je suis tannée de ça. J'aimerais qu'ils aient des comptes à rendre. » (participante #1)

Conclusion

En guise de conclusion, le travail permet de mettre en lumière les difficultés que pose l'hospitalisation forcée. Tel que vu au travers des témoignages, l'acceptation se fait difficilement quand il est question d'une hospitalisation forcée. À cela, nous pouvons l'expliquer en partie par la variable de l'élément déclencheur de l'hospitalisation qui se fait souvent par l'intermédiaire d'un proche ou de la famille qui s'inquiète. Ceux-ci vont déclencher le processus d'hospitalisation forcée et l'individu se sentira trahis. La famille et l'élément déclencheur, tous deux corrélés, vont créer chez l'individu psychiatisé une rupture avec son milieu, ce qui rend d'autant plus difficile le pendant et l'après. Une fois à l'intérieur, la personne ressent qu'il lui manque des informations et explications quant aux interventions des acteurs du système hospitalier dans sa prise en charge. L'isolement chez l'individu psychiatisé se renforce par certaines mesures évoquées comme l'interdiction de créer des liens significatifs avec d'autres patients. Peu à peu et pour sa survie, il se construira une image de lui en conflit avec celle offerte par les experts de la santé. Souvent, il va nier sa maladie, car pour lui, cela entache son identité et ne correspond pas à la vision qu'il s'est fait de lui-même avec le temps. Tel qu'évoquer par les participants(es), l'explication du débalancement chimique est trop simpliste pour eux et ils/elles préfèrent évoquer leur expérience hospitalière en racontant leur parcours de vie. À leur sortie, le manque de suivi les amène à se faire eux-mêmes une tête sur le sujet et s'allier avec des personnes qui leur apporteront de l'optimisme quant à leur potentialité. Pour la plupart, l'hospitalisation forcée marque un tournant dans leur vie : perte d'emploi, changement de logement, nouvel entourage, réorientation de carrière, ouverture d'esprit quant à la différence, nouvelle sensibilité, nouvelle vision du monde, etc. Ainsi, il s'en dégage un

bouleversement dans la vie de l'individu psychiatrisé et pour la plupart des participant(e)s il sera question de faire de la sublimation à partir de cet événement traumatique. Le problème est que ces initiatives ne sont pas toujours accueillies par l'entourage qui y voit un refus ou déni de la maladie. Se réapproprié son vécu est pourtant essentiel pour l'individu psychiatrisé après avoir vécu une telle expérience. Maintenant, il serait intéressant de faire, dans une prochaine recherche, une analyse plus schématique du parcours de vie des individus psychiatrisés pour en faire ressortir des profils-types. Avec les profils-types qui se dégagerait de la recherche, peut-être pourrions-nous aider autant la personne elle-même qui passe par ce processus et possède ses propres biais cognitifs que les acteurs hospitaliers dans leur façon d'intervenir. Il n'y a pas qu'un type de personnes qui se retrouve à l'hôpital. La pluralité des expériences et profils des individus psychiatrisés nous font rendre compte à tous qu'il faut s'adapter davantage. Par ailleurs, plusieurs abus sont criants dans les témoignages de nos participant(e)s et cela nécessite des recommandations d'urgence. Les voici :

- L'isolement doit être utilisé en dernier recours et l'individu psychiatrisé doit être informé des raisons de cette mesure exercée à son égard. Un rapport écrit doit être fait à chaque fois pour justifier le recours à l'isolement.
- L'isolement doit avoir une durée maximale de 2 heures.
- Les personnes détenues à l'hôpital doivent pouvoir sortir avec un superviseur au moins 30 minutes par jour dehors ou plus.
- Concernant les repas, le personnel de l'hôpital se doit d'offrir au moins deux choix pour chaque repas aux patients. Une diététicienne doit pouvoir circuler dans l'aile psychiatrique

pour rencontrer les patients. Il faut pouvoir adapter le menu en fonction des intolérances et conditions de santé des patients.

- Le droit d'être représenté par un avocat doit être exercé. L'usage du téléphone pour appeler un avocat doit être autorisé en tout temps. Si un avocat appelle pour rejoindre un patient, le patient en question doit en être informé le plus rapidement, soit dans un délai de 2 heures maximum.

- Les intervenants de PLAIDD-BF doivent avoir le libre accès à l'aile psychiatrique pour rencontrer les personnes qui le désirent et les soutenir dans l'exercice de leurs droits.

- Il faut permettre aux individus psychiatisés ayant vécu des abus de se regrouper collectivement pour créer un recours collectif contre le gouvernement à l'égard de la Loi

P-38.

Fin

4. Bibliographie

Baril, A. (2018). Les personnes suicidaires peuvent-elles parler?: Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle sociosubjectif du handicap. *Criminologie (Montréal)*, 51(2), 189–212. <https://doi.org/10.7202/1054240ar>

Bartoli, A., Gozlan, G., & Sebai, J.. (2019). Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : Quels freins et conditions de réussite ? *Politiques et Management Public*, 36(2), 199–. <https://doi.org/10.3166/pmp.36.2019.00013>

Bernheim, E. (2009). Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 40(1-2), 31–63. Récupéré de https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Bernheim.pdf.

Bernheim, E. (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *McGill law journal*, 57(3), 553–594. <https://doi.org/10.7202/1009067ar>

Bonin, J.-P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H., Jacques, M.-C. & St-Cyr Tribble, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 159–173. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1025912ar>

Bureau, N., Roy, R., Gendron, P. & Millaud, F. (2001). La judiciarisation des patients psychiatriques : éléments de réflexion et applications pratiques. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 202–215. <https://doi.org/10.7202/014518ar>

Church, K. (1999). L'économie en tant que levier de la communauté : Les survivants psychiatriques en Ontario. *Reflets*, 5(1), 123–144. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/026253ar>

Cognard, M., & Wendland, J. (2019). La parentalité des mères psychotiques et sa prise en charge en psychiatrie vue par les professionnels de santé. *Annales médico-psychologiques*, 177(8), 809–814. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.011>

Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 55–65. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/030372ar>

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79–89. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/030374ar>

Gaucher, D. (1985). L'organisation des services en santé mentale au Québec. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 41–50. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/001285ar>

Gaucher, D. (1987). Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 129–143. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/030406ar>

Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative: du questionnement à la rédaction scientifique*. Presses de l'Université d'Ottawa.

Hurvy, C., & Roques, M. (2018). L'importance du domicile dans la réalité psychique. Enjeux thérapeutiques en psychiatrie. *Annales médico psychologiques*, 176(5), 518–522. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.009>

Kivits, P., Thémimes, J., & Rohmer, G. (2018). Enjeux systémiques de l'hospitalisation sans consentement. *Annales médico psychologiques*, 176(5), 489–494. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.016>

Le Moigne, P. (2005). La reconnaissance du trouble mental. *Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980)*. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 91–114. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1002461ar>

Massé, J. C. & T.-Brault, M.-M. (1979). Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 73–83. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/030048ar>

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.

Onnis, L. (2002). Franco Basaglia : 25 ans après, encore précurseur ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(2), 257-263. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/ctf.029.0257>

Otero, M., Bernheim, E. & Action Autonomie. (2016). L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires des personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie. Site web Action Autonomie. En ligne : https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2016/01/OTERO.Marcelo-et-Emmanuelle-Bernheim_Action-Autonomie_Autorisations-judiciaires-de-traitement_impacts_novembre2015.pdf

Pelletier, J., Gifuny, A., Nicole, L., Labrie Racine, G., Bordeleau, J., & Rowe, M. (2013). Sur la contribution des personnes utilisatrices de services de santé mentale en tant que partenaires d'enseignement en psychiatrie. *Global Health Promotion*, 20(3), 66–75. <https://doi.org/10.1177/1757975913499034>

Perreault, I., Cauchie, J.-F., & Corriveau, P. (2018). Introduction: Prise en charge du suicide : entre crime, troubles mentaux et droit de mourir. *Criminologie* (Montréal), 51(2), 5–12. <https://doi.org/10.7202/1054232ar>

Protecteur du citoyen. (2011). Les difficultés d'application de la Loi sur les personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Québec, 61 pages.

Raymondis, L. (1973). La conception communautaire du droit et la psychiatrie communautaire. *Recherches sociographiques*, 14(1), 9–39. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/055600ar>

St-Amand, N. & Vuong, D. (1994). Quand la langue fait une différence. Ce que des « bénéficiaires » pensent du système de santé mentale. *Sociologie et sociétés*, 26(1), 179–196. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/001772ar>

5. Annexe

Guide d'entretien

- 1- Comment décrirais-tu ton parcours de vie jusqu'à présent? Quels sont les événements marquants qui t'ont forgé en tant qu'individu?
- 2- Peux-tu revenir sur ton expérience à l'hôpital, plus particulièrement sur ton hospitalisation forcée, en partant du début?
- 3- La notion de danger revient souvent pour justifier l'hospitalisation forcée. Considères-tu avoir été dangereux? Explique-moi ce qui, selon toi, a justifié ton hospitalisation et où se situe la notion de dangerosité. Si tu as eu plusieurs expériences, tu peux me parler de ta première pour commencer et, ensuite, des autres.
- 4- Peux-tu me décrire la relation que tu as eu avec le personnel de l'hôpital lors de ton hospitalisation (psychiatres, infirmières, préposés bénéficiaires) ?
- 5- Pendant ton hospitalisation, qu'as-tu remarqué? Et comment t'es-tu senti?
- 6- Parle-moi de ton expérience à la cour? As-tu été représenté par un avocat? Comment est-ce que s'est passé ton procès?
- 7- Considères-tu qu'il y a un avant, un pendant et un après à l'hospitalisation? Si oui, expliques-moi la différence entre l'avant, le pendant et l'après.
- 8- Quelle est ta définition de la maladie mentale? Te considères-tu malade mental? Le terme te pose-t-il problème? Si oui, pourquoi?
- 9- Quelles traces a laissé l'hôpital sur toi?
- 10- Quel est ta relation avec les autres présentement (famille, amis, psychiatre, travailleur social, employeur, etc.)? Ta relation avec les autres a-t-elle changé depuis ton hospitalisation? Comment?
- 11- Dirais-tu que l'hospitalisation a eu des effets positifs après coup?
- 12- Quels sont tes plus grands défis au quotidien?
- 13- Quels sont les moyens que tu as trouvés pour te réapproprier du pouvoir? Explique-moi en quoi consiste pour toi « se réapproprier du pouvoir ».
- 14- Pour toi, vivre en société c'est quoi?

- 15- As-tu des peurs en lien avec tes expériences psychiatriques? Quelles sont-elles?
- 16- Peux-tu me décrire la façon dont tu te présentes quand tu rencontres quelqu'un pour la première fois? Et, que ressens-tu? À quel moment fais-tu part de ton vécu psychiatrique à la personne?
- 17- Si tu le pouvais, que changerais-tu du système hospitalier et de la façon de gérer les personnes dites en « crise »?
- 18- Quels sont tes rêves et qu'entrevois-tu pour la suite des choses?
- 19- Y a-t-il une question que tu aurais aimé que je te pose? Pourquoi?