

Tribunaux de santé mentale et bienveillance coercitive : une analyse critique de la justice thérapeutique

Geneviève Nault, Étudiante au doctorat, École de service social et de criminologie, Université Laval
genevieve.nault.2@ulaval.ca

Katharine Larose-Hébert, Ph.D., Professeure adjointe, École de service social et de criminologie, Université Laval
katharine.larose-hebert@tsc.ulaval.ca

RÉSUMÉ :

Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle et à la suite du mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique, la pénurie de services de santé mentale et la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale ont contribué à la précarisation de la situation des personnes vivant un problème de santé mentale et à leur surreprésentation au sein du système pénal et du système carcéral. Pourtant, ces systèmes ne sont pas outillés pour répondre aux besoins de cette population vulnérable, et la criminalisation et l'incarcération mènent souvent à une détérioration de la santé mentale et posent obstacle à la réinsertion sociale. Afin de pallier les effets néfastes de la prise en charge pénale et carcérale des personnes vivant avec un problème de santé mentale, on assiste, depuis la fin du XX^e siècle, à la création de tribunaux spécialisés en santé mentale. Le présent article propose une analyse critique des tribunaux de santé mentale en Amérique du Nord et du double rôle d'aide et de contrôle des intervenants sociaux qui œuvrent au sein et en périphérie de ces tribunaux spécialisés.

129

MOTS-CLÉS :

Tribunaux de santé mentale, justice thérapeutique, intervention sociale, bienveillance coercitive

INTRODUCTION

À partir de la seconde moitié du XX^e siècle et à la suite du mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique, la pénurie de services de santé mentale et la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale ont contribué à précariser la situation des individus vivant avec un problème de santé mentale (Dorvil, 2005; Morin, Landreville et Laberge, 2000). Encore aujourd'hui, plusieurs d'entre eux sont victimes de discrimination et d'exclusion, notamment en raison de préjugés liés à une association entre les problèmes de santé mentale et la dangerosité (Dallaire, McCubbin, Morin et al., 2000). Par ailleurs, d'importantes réductions budgétaires depuis la fin du XX^e siècle dans les programmes de santé, notamment liées aux réformes des réseaux de santé et de services sociaux, ainsi que dans les programmes d'assistance sociale et de logements sociaux, augmentent la précarité des personnes vivant avec un problème de santé mentale (Moreau, 2008; Morin, Landreville et Laberge, 2000). Elles courent ainsi davantage de risques de se retrouver à la rue et à risque de prise en charge par le système pénal pour des actions jugées dérangeantes ou criminalisables (Jaimés, Crocker, Bédard et al., 2009). Face à l'incapacité de gérer autrement les comportements qui posent problème à la normativité sociale, les policiers sont appelés à intervenir en utilisant la ressource

première à leur disposition, soit la prise en charge pénale. Ainsi, en l'absence d'accès à du soutien et à des services, le système pénal devient pour certaines personnes vulnérables le pourvoyeur *de facto* de services de santé mentale. Certains vont jusqu'à caractériser le milieu carcéral comme le « trou noir » du système de santé mentale, voire l'asile du XX^e siècle (Acquaviva, 2006; Ormstron, 2010).

Pourtant, le système pénal n'est pas outillé pour occuper ce rôle, et les conditions inhérentes au milieu carcéral, tels l'isolement et la contention, contribuent à exacerber les symptômes psychiatriques (Acquaviva, 2006; Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009). L'incarcération mène ainsi à une détérioration de la santé mentale qui augmente le risque de re-criminalisation et contribue au phénomène de portes tournantes (Canada et Watson, 2013). Par ailleurs, la criminalisation engendre une importante stigmatisation qui pose obstacle à la réinsertion sociale en rendant difficile l'accès aux services sociaux, aux services de santé, au logement et à l'emploi. Cette criminalisation engendre ainsi d'importantes conséquences et augmente la vulnérabilité d'individus déjà fragilisés non seulement par leurs symptômes psychiatriques, mais également par le manque de services adaptés à leurs besoins, ainsi que par la stigmatisation et l'exclusion dont ils sont victimes en raison d'une double étiquette psychiatrique et criminelle (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; Morin, Landreville et Laberge, 2000; Seltzer, 2005).

Dans la foulée de la reconnaissance des conséquences néfastes de la criminalisation des personnes vivant avec un problème de santé mentale et de l'incapacité du système pénal à répondre aux besoins multiples et complexes de cette population, on assiste, depuis la fin du XX^e siècle, à la création de tribunaux spécialisés en santé mentale. Les tribunaux de santé mentale s'appuient sur le principe de justice thérapeutique, philosophie selon laquelle le droit pénal possède des propriétés thérapeutiques et devrait donc viser à améliorer la qualité de vie des individus atteints de troubles mentaux (Wexler, 2008). Ils offrent ainsi la possibilité aux personnes vivant avec un problème de santé mentale de s'engager volontairement dans un plan de rétablissement qui pourrait mener au retrait des accusations dont elles sont inculpées ou à une sanction pénale moins sévère (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; Schneider, Bloom et Heerema, 2007).

130

Le présent article propose une analyse critique des tribunaux de santé mentale en Amérique du Nord ainsi que de l'approche de justice thérapeutique qu'ils privilégient. Il s'appuie sur une recension critique des écrits portant sur ces tribunaux spécialisés et sur la justice thérapeutique découlant de l'examen synthétique et d'une lecture dirigée effectués dans le cadre des études doctorales en service social de l'auteure principale. Il sera tout d'abord question de contextualiser ces tribunaux spécialisés, pour ensuite mettre en lumière les débats qui se dessinent dans les écrits à leur sujet. Nous présenterons par la suite une analyse critique de l'application de la justice thérapeutique dans le domaine du droit pénal, où émerge une tension entre les objectifs d'aide et de contrôle. Enfin, nous nous pencherons sur le rôle des intervenants sociaux, dont des travailleurs sociaux, qui œuvrent au sein et en périphérie de ces tribunaux spécialisés, ainsi que sur les tensions auxquelles ils s'exposent.

1. La justice thérapeutique et les tribunaux de santé mentale : une mise en contexte

L'approche de justice thérapeutique a émergé dans le domaine du droit en santé mentale (Wexler et Winick, 1996). Comme mentionné, cette approche insiste sur la valeur thérapeutique du droit et la possibilité pour le droit de promouvoir le bien-être et d'améliorer la qualité de vie des personnes qui y sont soumises (Wexler, 2008). Bien que la justice thérapeutique mise sur les effets thérapeutiques du droit, ses architectes précisent que cette valeur n'est qu'un facteur à considérer parmi tant d'autres

et qu'elle ne devrait pas supplanter ces autres considérations. La justice thérapeutique tenterait plutôt de réconcilier la valeur thérapeutique du droit avec les principes de justice et les procédures juridiques établies (Wexler, 1996). Bien qu'elle ait vu le jour comme nouvelle approche du droit dans le domaine de la santé mentale, la justice thérapeutique s'est vite transformée en approche générale du droit axée sur les principes de la santé mentale (Winick, 1997) et est maintenant mobilisée dans divers domaines du droit, dont le droit criminel et le droit correctionnel (Wexler, 1996; Winick, 1997). C'est ainsi qu'à partir de la fin du XX^e siècle, cette approche a mené à la création de tribunaux pénaux spécialisés, tout d'abord les tribunaux de traitement de la toxicomanie et ensuite les tribunaux de santé mentale (TSM).

Les TSM sont des tribunaux spécialisés conçus pour les personnes vivant un problème de santé mentale. Ils mobilisent l'approche de justice thérapeutique pour mettre de l'avant un nouveau modèle de droit pénal qui combine punition et réhabilitation (Lim et Day, 2016; Lurigio et Snowden, 2009) en jumelant des stratégies juridiques et thérapeutiques afin de répondre aux problèmes de santé mentale et de gérer le risque de récidive (Acquaviva, 2006; MacDonald, 2016;). Les TSM fonctionnent sur la base d'une reconnaissance que certaines infractions seraient davantage symptomatiques d'un problème de santé mentale que de la criminalité. Le problème de santé mentale ainsi que l'échec du système de santé mentale à offrir un soutien adéquat auraient ainsi contribué à l'acte qui se voit criminalisé (Schneider, Bloom et Heerema, 2007). Ainsi, faciliter l'accès au traitement serait une réponse plus efficace que la sanction pénale traditionnelle pour résoudre les problèmes sous-jacents à l'infraction en question (Winick, 2003) et augmenterait l'effet « thérapeutique » du système judiciaire, faisant ainsi la promotion de retombées plus positives pour les personnes et pour la société (Acquaviva, 2006; Canada et Watson, 2013; Snedker, 2016). Considérant que les personnes soumises aux TSM ont souvent vécu des échecs préalables dans le traitement de leur problème de santé mentale, les TSM offrirait l'encadrement et la structure nécessaires pour favoriser l'adhésion au traitement et, par le fait même, son succès (Lurigio et Snowden, 2009).

131

Les TSM adoptent une approche non accusatoire et davantage flexible que les tribunaux conventionnels (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; MacDonald, 2016). Au lieu de recourir à un procès, ces tribunaux spécialisés tentent de persuader la personne de s'engager dans un plan d'intervention individualisé qui mènera au retrait des accusations ou à une sanction moins sévère (Winick, 2003). La participation au TSM implique, pour l'accusé, qu'il s'engage volontairement dans un programme de traitement supervisé par l'équipe du tribunal. L'ensemble des TSM adopte une approche multidisciplinaire (Acquaviva, 2006; Canada et Watson, 2013; Goodale, Callahan et Steadman, 2013). Les juges, procureurs, psychiatres, intervenants sociaux et pourvoyeurs de services communautaires travaillent de concert afin de répondre aux besoins particuliers des personnes soumises aux TSM. Par ailleurs, ces acteurs juridiques et thérapeutiques sortent des rôles qui leur sont traditionnellement prescrits (Acquaviva, 2006). Par exemple, ce sont toujours les mêmes juges qui président les TSM (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; MacDonald, 2016) et ils interagissent directement avec les accusés, plutôt qu'avec leurs avocats comme c'est la convention dans les tribunaux traditionnels (Acquaviva, 2006).

Les écrits recensés insistent sur l'importance que la participation aux TSM soit volontaire et que la personne s'engage de plein gré à adhérer à un plan d'intervention individualisé (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; MacDonald, 2016; McNeil et Binder, 2010). Ce plan d'intervention nécessite souvent la mobilisation de diverses ressources en santé mentale et en gestion de cas, ainsi que l'apport d'autres ressources communautaires (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; Schneider, Bloom et Heerema, 2007). L'objectif est de mettre la personne accusée en contact avec les ressources nécessaires pour assurer son rétablissement et, par le fait même, réduire son risque

de récidive (Schneider, Bloom et Heerema, 2007). L'accusé doit demeurer engagé et coopératif face au traitement, aux services et aux procédures du tribunal du début à la fin du processus du TSM (Schneider, Bloom et Heerema, 2007). Il est à noter que ce dernier est typiquement plus long que le processus judiciaire traditionnel et qu'il engendre davantage de comparutions, puisqu'il requiert que la personne soit sous la surveillance de l'équipe du TSM pour une période suffisante afin d'assurer son adhésion au traitement et ainsi de réduire son risque de récidive (Acquaviva, 2006; McNeil et Binder, 2010). Enfin, les TSM mobilisent des incitatifs, par exemple la diminution de la fréquence des comparutions ou les cérémonies de graduation¹ (Snedker, 2016), et des sanctions, par exemple l'ajout de conditions de liberté sous caution et la prolongation de la période sous la supervision du TSM (MacDonald et Dumais Michaud, 2015), pour augmenter l'adhésion au traitement et aux ordonnances de la cour, et misent sur la responsabilisation des personnes qui y sont soumises (Goodale, Callahan et Steadman, 2013; McNeil et Binder, 2010).

Il est à noter que le fonctionnement particulier des TSM varie d'une juridiction à une autre, notamment en ce qui a trait aux critères d'admissibilité, aux types d'infraction admissibles, à l'exigence d'un plaidoyer de culpabilité, aux sanctions mobilisées, à la durée du processus, aux attentes face aux accusés, aux besoins ciblés, aux services disponibles, etc. (Snedker, 2016). Les TSM canadiens se distinguent des TSM américains, sur lesquels portent plusieurs des études recensées, en ce qu'ils traitent principalement d'infractions mineures et que certains TSM canadiens n'exigent pas de plaidoyer de culpabilité comme prérequis à la participation (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009).

Ayant mis en contexte les conditions d'émergence des TSM ainsi que leur fonctionnement, nous nous pencherons, dans la prochaine section, sur les débats principaux émergeant des écrits sur les TSM.

2. Les écrits sur les tribunaux de santé mentale : un débat

Deux grands courants se dessinent et se confrontent dans la littérature sur les TSM. Le premier considère les TSM comme fondés sur un objectif bienveillant pour les personnes qui y sont soumises, tandis que le deuxième insiste sur leur potentiel coercitif.

Les chercheurs s'inscrivant dans le premier courant s'intéressent particulièrement à l'efficacité de ces tribunaux spécialisés, notamment en ce qui a trait à la réduction de la récidive et à l'augmentation de l'adhésion au traitement (Goodale, Callahan et Steadman, 2013; Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009). Deux facteurs principaux sont avancés pour expliquer l'efficacité de ces tribunaux spécialisés : l'encadrement offert par le tribunal et le sentiment de justice procédurale. En ce qui a trait à l'encadrement, les facteurs les plus importants pour le rétablissement seraient l'imputabilité, le traitement, le renforcement de la motivation et le soutien qu'offrent les TSM. En ce qui a trait à la question de l'imputabilité, le levier de la sanction pénale favoriserait le sentiment de responsabilité, ce qui encouragerait des comportements d'autorégulation chez les personnes accusées (Canada et Gunn, 2013). Par ailleurs, le soutien et le renforcement positif offerts par les intervenants sociaux aideraient à pallier le sentiment de perte de contrôle engendré par la criminalisation et augmenteraient la motivation à adhérer au traitement et aux conditions du tribunal (Canada et Gunn, 2013).

1 Ces cérémonies ont pour objectif de souligner la réussite des personnes ayant complété le processus du TSM avec succès. Le rituel tel quel peut varier d'un TSM à un autre. Dans certains cas, les proches et membres de la famille peuvent être encouragés à assister à la cérémonie. Certains TSM remettent un certificat au participant. Les membres de l'auditoire peuvent être invités à applaudir et le juge et l'équipe du TSM peuvent partager leurs félicitations et mots d'encouragement. Bref, ces cérémonies visent à célébrer les réussites et à encourager l'adhésion des autres participants aux conditions du TSM et au plan d'intervention (Snedker, 2016).

Ensuite, les TSM seraient efficaces en raison du sentiment de justice procédurale qu'ils susciteraient. Le concept de justice procédurale soutient que l'individu acceptera davantage la légitimité des décisions judiciaires s'il perçoit le processus judiciaire comme juste (Wales, Aldigé Hiday et Ray, 2010). La justice procédurale met l'accent sur l'importance de l'interaction avec les figures d'autorité dans le processus judiciaire. Plus précisément, le fait de se sentir écouté et de pouvoir participer, d'être traité avec dignité et respect, et de percevoir une préoccupation de la part des figures d'autorité influence la perception de justice et la coopération, et ce, indépendamment des retombées positives ou négatives (Wales, Aldigé Hiday et Ray, 2010; Waller, 2018). En plus de favoriser l'autonomie et le choix, les TSM permettraient de donner une voix et de la validation aux personnes qui y sont soumises (Winick, 2003). En mobilisant des techniques motivationnelles, les TSM favoriseraient l'autorégulation, qui serait plus efficace que la dissuasion pour encourager des comportements normatifs (Canada et Watson, 2013). Enfin, la perception de justice procédurale diminuerait, chez les personnes judiciarisées, le sentiment de contrainte et de coercition (Ormston 2010; Wales, Aldigé Hiday et Ray, 2010).

Pourtant, un deuxième courant se dessine au sein de la littérature et adopte une perspective beaucoup plus critique des TSM, les présentant comme des initiatives stigmatisantes qui individualisent les problèmes de santé mentale ainsi que la criminalisation, et qui demeurent fondamentalement coercitives. Tout d'abord, plusieurs critiques considèrent que les TSM augmentent la stigmatisation et la marginalisation en ciblant un groupe de personnes à qui imposer un traitement différentiel (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; Schneider, Bloom et Heerema, 2007). Selon MacDonald et Dumais Michaud (2015), la criminalisation des personnes vivant avec un problème de santé mentale s'appuie sur une forme particulière de profilage social : le profilage de la folie. Ce profilage repose sur l'altérité et la perception de ces personnes comme dérangées et dérangeantes, justifiant leur prise en charge. Les TSM contribueraient à l'exclusion sociale en participant à cette altérisation (MacDonald et Dumais Michaud, 2015).

133

C'est ainsi que les TSM mettraient de l'avant une conception médicalisée et individualisée de la santé mentale. À cet effet, certains auteurs expliquent que les TSM limitent souvent le plan d'intervention à la médication et ne ciblent pas les autres besoins nécessaires au rétablissement et à la réinsertion sociale (Seltzer, 2005; MacDonald, 2016). L'adoption d'une vision médicalisée de la santé mentale contribuerait à justifier les mesures coercitives mises en place par les TSM pour assurer la stabilité et ainsi réduire la récidive et mettrait l'accent sur la responsabilisation de la personne, occultant, par le fait même, les facteurs structurels et les inégalités sociales qui sous-tendent les problèmes de santé mentale et la criminalisation (MacDonald et Dumais Michaud, 2015; Macdonald, Bellot, Sylvestre et al., 2014; MacDonald, 2016).

Bien qu'ils misent sur la responsabilisation, les TSM demeurent des instances du système pénal et peuvent s'appuyer sur le levier de la sanction pénale pour assurer l'adhésion au traitement. C'est ainsi que plusieurs critiquent leur potentiel coercitif. Tout d'abord, le déroulement du processus mené devant les TSM est typiquement plus long que le processus pénal dans le système régulier, voire plus long que la peine prescrite pour l'infraction dont la personne est accusée. À cet effet, certains TSM exigent que la personne soit supervisée pour une durée d'un à deux ans (Seltzer, 2005), ce qui excède la peine prescrite pour plusieurs infractions mineures qui se retrouvent devant les TSM, tels les méfaits, les voies de fait simples, les vols à l'étalage, etc. La durée plus longue du processus des TSM implique des comparutions multiples et des ajournements répétés (Macdonald, Bellot, Sylvestre et al., 2014). Plusieurs critiquent les conditions restrictives qui pèsent sur la personne accusée tout au long de ce processus, par exemple des conditions de logement, des couvre-feux, des conditions de non-fréquentation ou l'imposition de conditions/restrictions géographiques. Ces

mesures coercitives et restrictives seraient mises en place dans une logique de gestion de risque (Hannah-Moffat et Maurutto, 2012) plutôt que dans une logique thérapeutique.

C'est ainsi que plusieurs considèrent que les idéologies que prônent la justice pénale (ex. : dissuasion, rétribution, dénonciation et punition) et la justice thérapeutique (ex. : thérapie, bénéfice pour la personne, collaboration entre les acteurs juridiques) sont tout simplement inconciliables (Jaimes, Crocker, Bédard et al., 2009; Schneider, Bloom et Heerema, 2007). Pourtant, les TSM continuent de se multiplier et plusieurs continuent de louer leur potentiel thérapeutique. Est-il réellement possible pour une institution vouée à la coercition et à la punition de favoriser le bien-être des personnes qui y sont soumises?

3. Quand la justice thérapeutique devient de la bienveillance coercitive : une analyse critique

Comment le droit pénal peut-il être thérapeutique si son objectif premier est la sécurité publique par l'entremise de la sanction pénale? Rappelons que les architectes de la justice thérapeutique insistent sur l'importance de concilier la valeur thérapeutique avec les autres objectifs du droit. Pourtant, un enjeu majeur de la justice thérapeutique semble être l'ambiguïté du terme thérapeutique : thérapeutique pour qui, selon qui? Ce qui est considéré comme thérapeutique par les uns ne le sera pas nécessairement par les autres. Par exemple, bien que l'insertion sociale puisse être un objectif de la thérapie, le fait d'être socialement inséré n'est pas en soi un gage de bien-être (Slobogin, 1996). Dans le cas des TSM, l'absence de définition claire de ce qui est « thérapeutique » semble avoir mené à l'adoption d'une conception en la matière qui reflète les intérêts et objectifs du système pénal et qui évacue la perspective des personnes qui y sont soumises (Ferrazzi et Krupa, 2016). De ce fait, ce qui est considéré comme thérapeutique pour les TSM est ce qui réduit la récidive. Par conséquent, les TSM utilisent des indicateurs cliniques (tels l'adhésion à la médication, l'utilisation de services de santé mentale et l'hospitalisation) pour mesurer la réhabilitation et mettent l'accent sur les retombées légales (tels le taux d'arrestation et le nombre de journées passées en détention) pour évaluer l'efficacité de ces tribunaux spécialisés (Ferrazzi et Krupa, 2016). Il semblerait que l'ambiguïté du terme thérapeutique ait permis aux TSM de récupérer la justice thérapeutique à des fins paternalistes qui mobilisent la dimension punitive du système pénal dans une visée thérapeutique.

Bien qu'ils tentent de mobiliser la justice thérapeutique afin de promouvoir la valeur thérapeutique du droit, les TSM demeurent des tribunaux pénaux et leur objectif ultime demeure la réduction de la récidive. Il semble donc que toute considération thérapeutique sera à la remorque de cet impératif de sécurité publique, et que la mobilisation de la justice thérapeutique pour justifier l'existence des TSM risque de simplement conférer un vernis de bienveillance à un système paternaliste et coercitif.

Selon Moore (2011), il est important de reconnaître que la bienveillance (ou l'aide) et la coercition (ou le contrôle) peuvent travailler de concert. À cet effet, elle prévient qu'opposer aide et contrôle risque d'occulter les dimensions coercitives, voire potentiellement dommageables, d'initiatives à vocation bienveillante, tels les tribunaux de toxicomanie, sur lesquelles portent ses recherches. C'est dans cette optique que Moore (2011) avance qu'une nouvelle forme de surveillance émerge au sein de ces tribunaux spécialisés : une « surveillance thérapeutique » qui, selon nous, se manifeste d'autant plus au sein des TSM. Contrairement à la surveillance panoptique désincarnée, disciplinaire, opprimante et vouée au contrôle social et à la punition, originalement conceptualisée par Foucault (1975), la surveillance thérapeutique serait intime, pastorale et productrice. Intime puisqu'elle s'inscrit dans une dynamique relationnelle entre le participant et l'équipe du

tribunal par l'entremise d'un plan de rétablissement, et productrice parce qu'elle vise toujours la normalisation. En ce qui a trait à sa dimension pastorale, Moore (2011) appuie son concept de surveillance thérapeutique sur le concept de pouvoir pastoral de Foucault, qui s'inscrit dans un projet de surveillance : le berger veille sur son troupeau. Il est responsable de le guider dans la bonne direction. Il est l'intermédiaire entre l'individu et l'objectif (Moore, 2011).

Tout comme le berger, l'équipe du TSM, vouée au rétablissement de l'individu, veille sur le plan d'intervention de ce dernier. Justifiée au nom du traitement, la surveillance vise à faciliter le rétablissement, le contrôle sert de levier à l'aide. Le surveillé développerait une relation de confiance avec les surveillants, notamment les intervenants sociaux, le rendant disposé à accepter une surveillance accrue. Ceci dit, plus la personne est surveillée, plus elle s'expose aux interventions et sanctions. Moore (2011) explique que cette surveillance peut être vécue comme soutenante ou répressive, ou les deux, tout en demeurant intime et relationnelle. C'est ainsi que la bienveillance et la coercition peuvent s'avérer être deux côtés d'une même médaille (Moore, 2011). Selon nous, au sein des TSM, où l'aide passe par le contrôle, l'intervention semble être simultanément bienveillante et coercitive. Il semblerait alors que lorsqu'elle s'insère dans le droit pénal, qui a pour objectif premier la réduction de la récidive aux fins de sécurité publique, la justice thérapeutique donne lieu à une forme de bienveillance coercitive.

4. L'intervention sociale en tension : aider ou contrôler?

Les TSM et la justice thérapeutique qu'ils disent prioriser sont d'intérêt pour le travail social en raison du rôle pivot et complexe que jouent les intervenants sociaux, dont des travailleurs sociaux, au sein de ces tribunaux spécialisés. Souvent employés par le réseau de la santé et des services sociaux ou par des organismes communautaires, les intervenants sociaux œuvrent auprès des TSM comme acteurs du tribunal (Castellano, 2011). Ils agissent souvent comme pont entre le système de justice pénale, le système de santé mentale et les autres ressources communautaires impliquées dans le plan d'intervention. Leur rôle peut varier selon le fonctionnement du TSM, mais ils sont des acteurs fondamentaux de ces tribunaux spécialisés. De façon très générale, ils peuvent être responsables des procédures de sélection et de l'admission au TSM, de l'évaluation, du triage et de la supervision. Ils peuvent aussi avoir des rôles de consultation, de liaison, d'accompagnement, de gestion de cas ou d'intervention psychosociale, ainsi que des tâches administratives (Schneider, Bloom et Heerema, 2007). Les intervenants sociaux contribuent à l'élaboration du plan d'intervention et supervisent le progrès de la personne tout au long du processus du TSM. Ainsi, ils sont responsables de rapporter toute information pertinente au tribunal. De plus, ils doivent orienter les personnes soumises aux TSM vers les ressources nécessaires, revendiquer l'accès à ces ressources et coordonner les différentes ressources nécessaires au plan d'intervention. Ils assurent ainsi la liaison avec les services de santé mentale, les services de logement et toute autre ressource communautaire (Schneider, Bloom et Heerema, 2007).

Les TSM s'avèrent souvent la porte d'entrée vers une série de services sociaux et de santé. De ce fait, les organismes communautaires jouent un rôle pivot dans la surveillance en contribuant à administrer, à surveiller et à légitimer les conditions de participation aux TSM (Hannah-Moffat et Maurutto, 2011). Les intervenants sociaux qui travaillent en périphérie des TSM, notamment dans les ressources de logement ou autres ressources communautaires, sont appelés à agir comme courtiers entre les personnes accusées et le tribunal, ainsi qu'à rapporter les manquements et bris de condition, ce qui leur inculque le rôle dissonant de surveillant (Quirouette, Hannah-Moffat et Maurutto, 2016).

Comme le précise Castellano (2011), il est important de saisir le rôle central que jouent les intervenants sociaux dans les TSM pour mieux comprendre leurs responsabilités envers les personnes soumises au tribunal, le tribunal et la communauté. Il importe aussi de reconnaître les contradictions inhérentes au rôle des intervenants sociaux au sein ou en périphérie des TSM. Ceux-ci ont un double mandat d'aide (participer au rétablissement des personnes soumises aux TSM) et de contrôle (superviser l'adhésion au plan d'intervention). Ils doivent donc constamment jongler avec ces obligations conflictuelles. Les intervenants sociaux qui travaillent au sein ou en périphérie des TSM se retrouvent ainsi à l'intersection du système de santé mentale/service social et du système de justice pénale et doivent négocier des obligations professionnelles conflictuelles : revendiquer pour leurs usagers et informer le tribunal.

De ce fait, certains auteurs considèrent que la participation des intervenants sociaux aux TSM contribuerait à l'élargissement du filet de surveillance et pourrait avoir un impact sur la relation d'aide (Hannah-Moffat et Maurutto, 2012; Quirouette, Hannah-Moffat et Maurutto, 2016). Cela dit, certains de ces auteurs reconnaissent aussi que les intervenants sociaux ont un pouvoir discrétionnaire qu'ils peuvent mobiliser pour revendiquer en faveur des personnes qu'ils soutiennent, surtout s'ils possèdent une connaissance du système (Castellano, 2011; Quirouette, Hannah-Moffat et Maurutto, 2016). C'est ainsi que Castellano (2011) explique qu'en chevauchant l'intervention sociale et le droit pénal, les intervenants sociaux occupent un rôle d'agent double. Ils mobiliseraient, de ce fait, des stratégies de contrôle social à la fois thérapeutiques et pénales pour négocier leur double rôle et leurs obligations conflictuelles, et peuvent ainsi participer à rehausser ou à atténuer la dimension punitive des TSM.

CONCLUSION

136

Malgré les critiques qui peuvent leur être adressées, il n'en demeure pas moins que les TSM cherchent à pallier les effets néfastes de la prise en charge pénale et notamment carcérale des personnes vivant un problème de santé mentale en les redirigeant vers les ressources nécessaires. Pourtant, cette initiative certes bienveillante demeure ancrée dans un système fondamentalement coercitif et s'appuie sur le levier de la sanction pénale, donnant lieu à une forme de bienveillance coercitive qui nous porte à croire que le droit pénal et la justice thérapeutique sont difficilement conciliables.

En mettant en lumière cette tension qui émerge entre les objectifs d'aide et de contrôle, les TSM présentent, selon nous, un exemple intéressant du double rôle que doivent souvent jouer les travailleurs sociaux. Dans les TSM comme dans d'autres contextes d'autorité, tels la protection de la jeunesse, la psychiatrie, le milieu carcéral, etc., les travailleurs sociaux sont appelés à participer à la supervision et au contrôle social de personnes marginalisées dans une optique de gestion des problèmes sociaux (Bourgeault, 2003; Keller, 2016) tout en soutenant leur rétablissement. Dans de tels contextes d'autorité qui comportent souvent aussi une dimension bienveillante, l'intervention sociale se situe à l'intersection de la relation d'aide et de la relation de contrôle et de surveillance (Keller, 2016). Comprendre ces dynamiques est d'une importance centrale afin que les intervenants sociaux puissent reconnaître et demeurer conscients de leur rôle dans la normalisation des personnes marginalisées (Bourgeault, 2003), et ainsi éviter de reproduire les oppressions que la profession dit vouloir contrer en évoquant la justice sociale comme l'une de ses valeurs fondamentales (OTSTCFQ).

ABSTRACT:

During the second half of the 20th century and following the psychiatric deinstitutionalization movement, the lack of mental health services and stigmatization of mental illness contributed to the precarious situation of those living with mental health issues and their over-representation in the penal and carceral systems. However, these systems are not equipped to respond to the needs of this vulnerable population, and criminalization and incarceration often exacerbate the symptoms of mental illness and create challenges for social reintegration. In order to address these harmful effects, specialized mental health courts were created during the second half of the 20th century. This article presents a critical analysis of mental health courts in North America and the dual role of care and control that frontline workers are expected to fulfill in and around these specialized courts.

KEYWORDS:

Mental health courts, therapeutic justice, social intervention, benevolent coercion

RÉFÉRENCES

- Acquaviva, G. L. (2006). « Mental health courts: no longer experimental », *Seton Hall Law Review*, vol. 36, n° 3, 971-1013.
- Bourgeault, G. (2003). « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation. Peut-il en être autrement? À quelles conditions? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, 92-105.
- Canada, K. E. et A. J. Gunn (2013). « What Factors Work in Mental Health Court? A Consumer Perspective », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 52, 311-337.
- Canada, K. E. et A. C. Watson (2013). « "Cause Everybody Likes to Be Treated Good": Perceptions of Procedural Justice Among Mental Health Court Participants », *American Behavioral Scientist*, vol. 57, n° 2, 209-230.
- Castellano, U. (2011). « Courting Compliance: Case Managers as Double Agents in the Mental Health Court », *Law & Social Inquiry*, vol. 36, n° 2, 484-514.
- Dallaire, B. McCubbin, M., Morin, P. et D. Cohen (2000). « Civil commitment due to mental illness and dangerousness: the union of law and psychiatry within a treatment-control system », *Sociology of Health & Illness*, vol. 22, n° 5, 679-699.
- Dorvil, H. (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 41-42, 209-235.
- Ferrazzi, P. et T. Krupa (2016). « Mental health rehabilitation in therapeutic jurisprudence: Theoretical improvements », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 46, 42-49.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard.
- Goodale, G., Callahan, L. et H. J. Steadman (2013). « What Can we Say About Mental Health Courts Today? », *Psychiatric Services*, vol. 64, n° 4, 298-300.
- Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. et D. L. Ambrosini (2009). « Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique », *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 2, 171-197.
- Hannah-Moffat, K. et P. Maurutto (2012). « Shifting and targeted forms of penal governance: Bail, punishment and specialized courts », *Theoretical Criminology*, vol. 16, n° 2, 201-219.
- Keller, V. (2016). *Manuel critique de travail social*, Genève : Éditions IES.
- Lim, L. et A. Day (2016). « An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 46, 27-34.
- Lurigio, A. J. et J. Snowden (2009). « Putting Therapeutic Jurisprudence into Practice: The Growth, Operations, and Effectiveness of Mental Health Courts », *Justice System Journal*, vol. 30, n° 2, 196-218.
- MacDonald, S.-A. (2016). « Regulating Madness in a Mental Health Court », *TSANTSA*, vol. 21, 26-37.
- MacDonald, S.-A. et A.-A. Dumais Michaud (2015). « La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 27, n° 2, 161-177.

- Macdonald, S.-A., Bellot, C., Sylvestre, M.-È., Dumais Michaud, A.-A. et A. Pelletier (2014). « Tribunaux de santé mentale : procédures, résultats et incidence sur l'itinérance », Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations. En ligne : <http://www.cremis.ca/publications-et-outils/toutes-les-publications/rapports-de-recherche/tribunaux-de-sante-mentale-procedures-resultats-et-incidence-sur-litinerance-2014>
- McNeil, D. E. et R. L. Binder (2010). « Stakeholder views of a mental health court », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 33, 227-235.
- Moore, D. (2011) « The benevolent watch: Therapeutic surveillance in drug treatment court », *Theoretical Criminology*, vol. 15, n° 3, 255-268.
- Moreau, D. (2008). « Après l'asile : la reconfiguration des tensions entre soins, sécurité et liberté dans le traitement social des troubles mentaux », *Labyrinthe*, vol. 29, n° 1, 53-64.
- Morin, D., Landreville P. et D. Laberge (2000). « Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice », *Criminologie*, vol. 33, n° 2, 81-107.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec : « Mandat, mission, vision et valeurs ». En ligne : <https://www1.otstcfq.org/l-ordre/qui-sommes-nous/mandat-mission-vision-et-valeurs/>
- Ormston, E. J. (2010). « La criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 29, n° 1, 11-18.
- Quirouette, M., Hannah-Moffat, K. et P. Maurutto (2016). « “A Precarious Place”: Housing and Clients of Specialized Courts », *British Journal of Criminology*, vol. 56, n° 2, 370-388.
- Schneider, R. D., Bloom, H. et M. Heerema (2007). *Mental Health Courts: Decriminalizing the Mentally Ill*, Toronto : Irwin Law.
- Seltzer, T. (2005). « Mental Health Courts. A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illness », *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, n° 4, 570-586.
- Slobogin, C. (1996). « Therapeutic Jurisprudence: Five Dilemmas to Ponder » : 763-793, dans D. B. Wexler et B. J. Winick (sous la dir.), *Law in a Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence*, North Carolina, Carolina Academic Press.
- Snedker, K. A. (2016). « Unburdening Stigma: Identity Repair through Rituals in Mental Health Court », *Society and Mental Health*, vol. 6, n° 1, 36-55.
- Wales, H. W., Aldigé Hiday, V. et B. Ray (2010). « Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism », *International journal of Law and Psychiatry*, vol. 33, 265-271.
- Weller, P. (2018). « Therapeutic jurisprudence and procedural justice in mental health practice: Responding to “vulnerability” without coercion » : 212-224, dans K. Seear (sous la dir.), *Critical Perspectives on Coercive Intervention, Law, Medicine and Society*, Londres, Routledge.
- Wexler, D. B. (2008). « Two Decades of Therapeutic Jurisprudence », *Turo Law Review*, vol. 24, n° 1, 17-29.
- Wexler, D. B. (1996). « Justice, Mental Health, and Therapeutic Jurisprudence » : 713-721, dans D. B. Wexler et B. J. Winick (sous la dir.), *Law in a Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence*, North Carolina, Carolina Academic Press.
- Wexler, D. B. et B. J. Winick (1996) « Patients, Professionals, and the Path of Therapeutic Jurisprudence: A Response to Petrila » : 707-712, dans D. B. Wexler et B. J. Winick (sous la dir.), *Law in a Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence*, North Carolina, Carolina Academic Press.
- Winick, B. J. (2003). « Outpatient Commitment. A Therapeutic Jurisprudence Analysis », *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 9, n° 1-2, 107-144.
- Winick, B. J. (1997). « The Jurisprudence of Therapeutic Jurisprudence », *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 3, n° 1, 184-206.